

مركز البحوث والدراسات

سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدِّمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية

إعداد

د. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك

أ. عبدالله بن عبدالرحمن المقرن

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث والدراسات

سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدِّمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية

إعداد

د. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك

أ. عبدالله بن عبدالرحمن المقرن

١٤٤٠هـ - ٢٠١٩م

بطاقة الفهرسة

ⓒ معهد الإدارة العامة، ١٤٤٠هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. فؤاد بن عبدالعزيز المبارك؛ عبدالله بن عبدالرحمن المقرن. - الرياض، ١٤٤٠هـ.

٢٧٦ ص؛ ١٧سم × ٢٤سم.

ردمك: ٦-٠٠-٨٢٧٦-٦٠٣-٩٧٨

١- الخدمات الصحية - السعودية. أ. المقرن، عبدالله بن عبدالرحمن (مؤلف مشارك) ب. العنوان

ديوي ٣٦٢,٩٥٣١ ١٤٤٠/٧٤٩٤

رقم الإيداع: ١٤٤٠/٧٤٩٤

ردمك: ٦-٠٠-٨٢٧٦-٦٠٣-٩٧٨

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الجداول

قائمة الجداول

قائمة الأشكال البيانية

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير العوامل التنظيمية واستخدام التقنية في معالجة تداخل الاختصاصات فيما بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة، وأفضل السبل للتعامل مع التداخل في الاختصاصات، بالإضافة إلى التعرف على أنماط التداخل في الاختصاصات الأكثر شيوعاً وتحديد ما إذا كان هناك فروق في مستويات متغيرات الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية والوظيفية للمبحوثين. وعلى حد علم الباحثين فإنه لم يسبق إجراء بحث في المملكة يتطرق إلى هذا الموضوع. وقد استعرضت الدراسة أهم المفاهيم ذات العلاقة بموضوع الدراسة، كما تم رصد تجربة المملكة العربية السعودية في التعامل مع التداخل بين الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية وسرد لبعض التجارب الدولية الرائدة في معالجة تداخل الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

ولمعرفة أفضل وأشمل، فقد تم استخدام منهجية الطرق المختلطة، بحيث تم الخلط بين مناهج الدراسة الكمية (استبانة) والنوعية (المقابلة الشخصية) في آن واحد. بحيث استخدمت الاستبانة المبنية على مقياس ليكرت الخماسي كأداة لجمع البيانات وتكون مجتمع الدراسة من (١١٤) مسئولاً في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وتم تحليل الاستبانة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، بالإضافة إلى إجراء عشر مقابلات شخصية متعمقة شبه مقننة مع بعض المسئولين ممن سبق لهم تعبئة الاستبانة، وتم تحليل البيانات النوعية باستخدام المنهج التحليلي العام.

وتوصلت الدراسة إلى أن لاستخدام التقنية أثراً أكبر من العوامل التنظيمية في معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وأن تطبيق الحكومة الإلكترونية وتطبيق الملف الصحي الموحد يعتبر من أفضل السبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. أما فيما يخص تأثير العوامل التنظيمية فقد أوضح المبحوثون بأن دليل الصلاحيات يتطلب تصميم اختصاصات وإجراءات الأجهزة الصحية الحكومية بدقة بالغة. وعلى الرغم من أن (٥٩,٧٪) من أفراد عينة الدراسة أشاروا بأنه لا يوجد دليل تنظيمي يوضح اختصاصات الجهاز الذي

يعملون به، إلا أنهم يرون أن الدليل التنظيمي يعتبر مرجعاً نظامياً يحتكم إليه عند التداخل في المهام والمسؤوليات وذلك لتحديده لمسئوليات وصلاحيات كل وحدة إدارية. أما أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات مرتبة حسب الأهمية فتتلخص في تطوير الأنظمة واللوائح القائمة والتحديد الدقيق لمهام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية وإعادة هيكلة القطاع الصحي. وبشكل عام فإن تبني الضوابط الخاصة بالشفافية وإلزام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بتطبيقها يعد من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

وتوصلت الدراسة إلى العديد من التوصيات ومن أهمها إعادة التنظيم للأجهزة العاملة في القطاع الصحي مع تطوير الجوانب التنظيمية فيها. إلى جانب إجراء تعديلات تشريعية وقانونية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة، وسرعة تنفيذ نظام الحكومة الإلكترونية، إلى جانب التنسيق والتكامل فيما بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية مع اقتراح آليات لتنفيذ ذلك. وضرورة استقلالية المجلس الصحي السعودي وربطه تنظيمياً برئيس مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية وتفعيل دوره ليكون جهة مركزية تتولى مهمات وضع التنظيمات وإقرار الخطط والسياسة الصحية ومراجعتها وتقويمها بصفة دورية؛ بما يضمن التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية المختلفة في المملكة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بطريقة ميسرة ومأمونة.

المقدمة:

تواجه العديد من دول العالم تحديات كبيرة على المستوى التنظيمي لمؤسساتها الحكومية، ومن هذه التحديات التشابك والتداخل في الاختصاصات والمهام بين الأجهزة الحكومية، والتي تأخذ أشكالاً متعددة منها التداخل في الاختصاصات داخل الجهة الحكومية الواحدة، والتشابك والتداخل في الاختصاصات بين جهة حكومية وأخرى تتبعها أو تشرف عليها، والتشابك والتداخل في الاختصاصات بين جهة حكومية وأخرى (العبد الجادر، ٢٠٠٨). كما يحدث عندما تتشابه أهداف الأجهزة أو البرامج أو تنخرط في تحقيق أنشطة أو إستراتيجيات أو تستهدف منتفعين متشابهين أو عدم وجود سياسات وآليات للتتبع وتنسيق الأنشطة، كما يحدث التداخل كذلك في حال غياب التنسيق الكامل بين الأجهزة المختلفة والتأكد من قيام كل جهاز بتنفيذ ما هو مناط به كما تنص الأنظمة والتعليمات، مما يتسبب في إعاقة العمل وخلق الصراع فيما بين الأجهزة، وبين الأشخاص القائمين على العمل في الجهاز الواحد (بن علي، ١٤٣١).

ويؤدي التداخل في الاختصاصات إلى تبديد المال العام وإهدار الطاقات وتدني مستوى الإنتاجية مما يؤثر في عملية المتابعة والرقابة بسبب توزيع الصلاحيات، ويحدث إرباك لكافة الجهات المتكاملة مع تلك الأجهزة والإدارات على الصعيدين المحلى والخارجي؛ بسبب تعدد القنوات وتباين التعليمات والإجراءات، كما يسبب أيضاً ضعف التنسيق بين الوزارات والجهات المقدمة للخدمات(الفرا واللوح، ٢٠٠٧). كما تعاني بعض الأجهزة الحكومية في المملكة العربية السعودية من الازدواجية والتداخل والتنازع في الاختصاصات فيما بين وحداتها الإدارية من جهة وبين الأجهزة الحكومية الأخرى من جهة أخرى، الأمر الذي قد يؤدي إلى إضاعة الوقت وإهدار وتشتيت الجهود والطاقات البشرية والمالية ومصروفات التشغيل، إضافة إلى إرهاق ميزانية الدولة (الشقاوي، ١٤٢٣هـ).

كما يرى الغنام (٢٠١١) بأن مكافحة الفساد تمثل إحدى الضرورات المهمة في المملكة العربية السعودية للحفاظ على ثروات المجتمع والحفاظ على أمنه وأمانه، وبأن تداخل العديد من العوامل الإدارية تخلق بيئة تساعد على انتشار الفساد الإداري داخل المنظمات، ومن أهم هذه العوامل تضخم الجهاز الإداري بزيادة حجم المنظمات والأجهزة والإدارات

وعــدد العاملين، وهــذا التضخم والزيادة غير المــبررة قد يؤدي إلى تداخــل الاختصاصات والتكرار والروتين. مما يتســبب في الإهمال والتكاسل وانتشار الواسطة والمحاباة والرشاوى للحصول على الخدمة. ويؤدي ضعف نظم الرقابة وتعددها وتداخل اختصاصاتها إلى عدم القدرة على القيام بواجبها لتحقيق الأهداف المرجوة منها.

وينتــج عن تداخل الاختصاصات في قطاعــات الصحة قيام كل جهة بالتنصل من تحمل مسئولية القيام بما هو مطلوب منها بحجة أنه يقع ضمن اختصاص جهات أخرى وبالأخص عندمــا يتطلب الموضوع اتخاذ أي قرار مهــما كان نوعه (بدوي، ٢٠١٢ و الكبيسي، ٢٠١٣). وقــد ذكــر رضــوان (٢٠١٢) أن التداخل في اختصاصــات الأجهزة الحكوميــة والازدواجية والتضارب في اختصاصاتها وغياب التنظيم السليم لتلك الأجهزة بالإضافة إلى عدم التوصيف الدقيق لمهامها يقود إلى خلق الكثير من الصعوبات التي تؤدي إلى التســيب في المســؤولية وغياب المســاءلة. ولهذا تلجأ عادة الأجهزة الحكومية عندما يحدث التشابك والتداخل في الاختصاصات إلى تشكيل لجان لدراسة هذه المشكلة، ومن ثم تقدم تلك اللجان المقترحات والتي عادة لا تنفذها أغلب الجهات الحكومية (العبد الجادر، ٢٠٠٨).

وتنبع أهمية الدراســة في أن مثل هذه الأبحاث تعد محدودة، وغالباً ما تركز في العديد منها على التعرف على وجهة نظر الجمهور المتعامل مع مؤسســات الجهاز الحكومي وليس على القياديين العاملين فيها، مما يستلزم البحث في هذا الموضوع للتعرف على أفضل السبل للتعامــل مع التداخل في اختصاصات تلك الأجهزة المقدمــة للخدمات الصحية، ويؤدي إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين والقضاء على الفساد الإداري والمالي مــن خلال تقليل الهدر المالي والموارد في تقديم الخدمة الصحية. كما يمكن الاســتفادة من مثل هذا البحث من خلال ما ســيوفره من بيانات ومعلومات في الدراســات الأكاديمية وفي أبحــاث أخــرى مماثلة، كما أن التوصيات والمقترحات في هذه الدراســة ستســاعد متخذي القرار في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التعرف على ســبل التعامل مع التداخل في اختصاصات تلك الأجهزة وعلى المعوقات التي تحد من فعالية معالجة التداخل في الاختصاصات.

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

تمهيد:

يتنـاول الباحثان في هذا الفصـل بعض العناصر التي توضـح في مجموعها الإطار العام للدراسـة، وهي العناصر الخاصة بموضوع الدراسـة وتحديد المشـكلة، وأهداف الدراسـة وأسئلته ومحدداته، وإيضاح أهميته.

١/١ موضوع الدراسة:

واجهت المملكة العربية السعودية في منتصف عقد السبعينيات الهجرية تحديات كبيرة تمثلت في قلة مواردها المالية وعدم اكتمال بنية مؤسسـاتها وأنظمتها الإدارية والمالية، مما استدعى قيام الدولة في الثمانينات الهجرية بجهود إصلاحية شاملة أدت إلى استكمال وضع البناء الإداري والتنظيمي والذي مكن الدولة من تنفيذ سياساتها في مجالات التنمية المختلفة في المراحل التي تلت ذلك (الشـقاوي، ١٤٢٣هـ). كما نجح التخطيط التنموي في توظيف العائـدات المادية من المـوارد النفطية الهائلة لتحقيق العديد من الإنجازات الملموسـة في كافة المجالات الاقتصادية والاجتماعية، والتي شـكلت نقلة نوعية لمستوى المعيشة ونوعية الحياة للمواطنين، ولكنها سـاهمت في التوسـع الكبير في الأجهزة المركزية والفرعية لأجهزة الدولة المختلفة، وقد نتج عن ذلك انخفاض فاعلية الأداء، وارتفاع تكلفة التشـغيل وظهور تحديات تنظيمية في هذه الأجهزة، تتمثل في التداخل والتشابك في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية والتي تؤدي إلى سـوء التنسـيق وتنازع الاختصاصـات، إضافة إلى ارهاق ميزانية الدولة. ومع استمرار الضغوط المالية التي تواجه الدولة نتيجة لانخفاض أسعار النفط، فقد تنامت الحاجة إلى تحسين كفاءة وفعالية البرامج والأنشطة الحكومية.

كما أشـار العبد الجادر (٢٠٠٨) إلى أسباب أخرى للتشابك في الاختصاصات بين الأجهزة الحكوميـة مـن أهمها تغيـير الوزراء وعلى فترات قصـيرة بحيث إن كل وزيـر يأتي برؤية جديدة، إلى جانب التعديل على الهيكل التنظيمي وإنشـاء وحدات ادارية جديدة وتحديد اختصاصاتهـا دون أخذ موافقة مـن الجهات العليا، وكذلك كثرة اللجان وفرق العمل وعدم

وجود خبراء ومستشارين. ومن الممكن أن يحدث التداخل في الاختصاصات بحسب البيشي (٢٠٠١م) نتيجــة إلى قصور في درجة وضوح الهدف العام والأهداف الفرعية والاختصاصات والمهــام للجهاز الاداري من قبل بعض العاملين فيه، أو المســتفيدين منه، والتباعد بين قمة الهيكل التنظيمي وقاعدته، وقلة الصلاحيات الممنوحة من قبل الإدارة العليا للتنفيذيين، إلى جانب عدم توافر الدليل التنظيمي ودليل الإجراءات لدى بعض الأجهزة الحكومية، وضعف المتابعة الإدارية في بعض هذه الأجهزة. ولهذا تســعى العديد من الدول للبحث في أفضل الســبل للتعامل مع التداخل في مهام واختصاصات الأجهزة والقطاعات؛ لأنها ستؤدي حتماً إلى تبسيط إجراءات الخدمات المقدمة للجمهور، وتطوير الجهاز الوظيفي، وتوجيه الأجهزة الرقابية للعمل بالرقابة بالأهداف بدلاً من الرقابة بالإجراءات، وتبني سياسة تقديم الأجهزة الحكومية لخدمة متكاملة، وأخيراً تبني الضوابط الخاصة بالشفافية (الكبيسي، ٢٠١٣).

ويوجــد العديد من الأســاليب للتعامل مــع التداخل في الاختصاصــات في هذا القطاع ومنهــا ما أشــار له الكحلــوت (٢٠١٦) إلى أن أحد الأســاليب التي انتهجتهــا دولة قطر في معالجة إشكاليات تداخل الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية كان عن طريق دمج عدد من الوزارات والجهات. ففــي مجال الخدمات الصحية تم إلغاء المجلس الأعلى للصحة ووضع أســس واضحة لتغطية تكاليف التأمين الصحي، بحيث يســتفيد الجميع من مظلة التأمين دون إسراف في الاســتخدام. وهكذا يمكن التوســع في تطبيق مفهوم العائد إلى التكلفة من معظم الخدمات الحكومية.

٢/١ مشكلة الدراسة:

يلاحظ المتابع لنتائج الدراســات السابقة للجوانب الإدارية والتنظيمية والتقنية للأجهزة الحكومية في المملكة العربية السعودية، والأنظمة التي تحكم شئون الوظيفة والعاملين بها، ما أبرزته بعض هذه الدراســات من مؤشرات واضحة على التعدد الكبير في الأجهزة المركزية والفرعيــة للدولة، وحــدوث بعض الازدواجية في مهامها، وانخفــاض فاعلية أدائها، وارتفاع تكلفة تشــغيلها، وعدم اســتخدام التقنية الفعالة في كثير من الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمــات الصحية، والذي يقصــد بها توفر أجهزة تكنولوجية متطــورة وتطبيق للحكومة الإلكترونية الفعالة.

وقـد أدت هذه العوامل إلى توسـع الجهـاز الحكومي وعلى وجـه التحديد في جانبي التنظيـم والقـوى العاملة، وتبع ذلك نمو مطـرد لنفقات الباب الأول مـن الميزانية العامة للدولة على حسـاب الأبواب الأخرى وخاصة الباب الرابع الخاص بالمشـاريع والتي تسببت في إرهاق ميزانية الدولة المالية. كما أفرزت العديد من الصعوبات ومنها تداخل وتشـابك الاختصاصات بين وزارات وأجهزة وهيئات ومؤسسات الدولة، مما تسبب ذلك في ازدواجية البرامـج والأدوار وتنازع الاختصاصات بين الأجهزة، إضافة إلى انخفاض الإنتاجية في الأجهزة الحكومية والتي ترتبط بغياب الأهـداف الواضحة لوحدات الجهاز الحكومي وعدم تقييم نتائـج الأداء بها، ويتضح ذلك في كثرة التغييرات في الهياكل التنظيمية واسـتحداث وحدات جديـدة دون أن يكون ذلك مبنيًا على الحاجة التنظيمية، وكذلك افتقار الكثير من الأجهزة الحكومية إلى وسائل التقنيات الحديثة في أداء أعمالها (ملكاوي ، ٢٠١٣).

وبالرغم من إنشاء مجلس الخدمات الصحية في المملكة بناءً على المادة السادسة عشرة من النظام الصحي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١١) بتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٣هـ (تغير مسماه في عام ١٤٣٥هـ إلى المجلس الصحي السعودي حالياً)، والذي أنيط به مهمة تنسيق تقديم الخدمات الصحية بين الأجهزة الحكومية إلا أنه يلاحظ ضعف مسـتوى التنسـيق بين تلك الأجهزة في تعاملها مع القضايا والمواضيع والخدمات التي يشترك فيها أكثر من جهاز حكومي إلى جانـب الازدواجية في تنفيذ المهام والمسـؤوليات. حيث أشـار الأحمدي (١٤٣٣:٣٦٧) إلى «عـدم قدرة مجلس الخدمات الصحية على معالجة قضيـة ازدواجية تقديم الخدمات الصحية من المرافق الصحية الحكومية، وعدم وجود نظام معلومات صحية يعتمد عليه في تقديم الخدمات الصحية وفقاً للحاجة الفعلية لها».

٣/١ أسئلة الدراسة:

عـلى ضوء ما سـبق تناوله من خلفية مختصرة عن أثر الجوانـب التنظيمية والجوانب التقنيـة في معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية، ونظراً لقلة الدراسـات التي تناولت العلاقـة بين هذين الجانبين في الأجهزة الحكوميـة المقدمة للخدمات الصحية من منظور شامل، يمكن صياغة مشكلة هذا الدراسة في السؤال التالي:

كيــف يمكن التعامل مع التداخل في اختصاصــات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المسئولين في تلك الأجهزة؟

وتتطلب الإجابة عن السؤال الرئيسي، الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

١- مــا مدى تأثير العوامل التنظيميــة في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التداخل في الاختصاصات؟

٢- ما هي أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

٣- ما مدى تأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

٤- ما هي أفضل الســبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

٥- ماهي أفضل الســبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟

٦- هل هناك اختلاف بين آراء المبحوثين حول متغيرات الدراسة (التنظيمية، التقنية، التداخل في الاختصاصات) وفقاً لخصائصهم الشخصية والوظيفية؟

٤/١ أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراســة إلى الإجابة عن التســاؤل الرئيسي التالي: كيف يمكن التعامل مع التداخــل في اختصاصــات الأجهزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحيــة من وجهة نظر المسئولين في تلك الأجهزة؟

ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال تحقيق هذه الدراسة للأهداف الفرعية التالية:

١- التعــرف على مدى تأثــير العوامل التنظيمية في معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٢- التعــرف على أفضل الســبل التنظيمية للحد من التداخــل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٣- التعــرف على مدى تأثير اســتخدام التقنية في معالجة التداخــل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٤- التعــرف عــلى أفضل الســبل التقنية للحد مــن التداخل في الاختصاصــات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٥- التعــرف على أنماط معالجــة التداخل في الاختصاصات بين الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية الأكثر شيوعاً.

٦- تحديد ما إذا كان هناك فروق في مستويات متغيرات الدراسة وفقاً للمتغيرات الشخصية والوظيفية للمبحوثين.

٥/١ أهمية الدراسة:

يعتبر قطاع الخدمات الصحية من القطاعات المهمة للاقتصاد الوطني عطفاً على طبيعة وأهميــة الخدمات التي يقدمهــا والتي تهدف إلى الوصول إلى أفضل مســتوى صحي لكل مواطــن ومقيــم، وتأثير تلــك الخدمات على أبرز عنــاصر العملية الإنتاجيــة وهو العنصر البشري، كما أن هذا القطاع يلعب دوراً رائداً في دفع حركة الاقتصاد، لما يقدمه من خدمات للقطاعات الإنتاجية والخدمية الأخرى، ولما يوفره من فرص اســتثمارية ضخمة وفرص عمل عطفاً على حجم القوى العاملة في أجهزته ومؤسساته المختلفة.

ويؤدي الغموض في الاختصاصات إلى وجود عوائق أمام الخدمات ومخاطر محتملة على الصحــة (Cook,2003). ونظراً لتعــدد الجهات التي تتولى مهام تقديم الخدمات الصحية، فلقد أصبحت الحاجة ماسة للنظر لقطاع الخدمات الصحية على نحو شمولي، وتحديد ما إذا كان هناك تداخل أو ازدواجية بين الأجهزة المعنية بالقطاع بهدف تنسيق وتكامل الخدمات الصحية وربطها ببعضها البعض، لتحقيق أقصى درجات الاستفادة للاقتصاد الوطني، وكذلك دراســة مدى كفاية الأجهزة الحالية للقيام بوظائفه بأكبر قدر من الفعالية وبأقل التكاليف الممكنة خاصة أن حجم الموارد المالية المستثمرة في قطاع الخدمات الصحية تعتبر كبيرة جداً، وكذلك قدرة القطاع على تلبية الطلب المســتقبلي على جميع مســتويات الخدمة الصحية أخذاً في الاعتبار تخفيض الإنفاق الحكومي ســواء في مجال الاستثمارات والمشاريع الجديدة أو في مجالات التشغيل والصيانة للمرافق القائمة.

ولذلك فإنه يعول على إجراء هذه الدراسة المساهمة في تقديم فهم متعمق لمشكلة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وذلك لتحديد المسئوليات والصلاحيات وتوزيع المهام ورفع مستوى التنسيق بين تلك الأجهزة إلى مستوى يساعدها في بلوغ أهدافها. ومن المتوقع أن تسهم التوصيات التي ستخرج بها هذه الدراسة في المساهمة في رفع كفاءة وفاعلية الأداء في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من خلال إزالة الازدواجية والتداخل والتكرار والتعارض وتفعيل التنسيق وخفض كلفة التشغيل في تلك الأجهزة.

وتنبع أهمية الدراسة الحالية من أن موضوعها على الرغم من تناوله في العديد من الدراسات في الدول الغربية والتي شهدت إعادة تنظيم لأجهزتها الحكومية، إلا أن مثل هذه الدراسات تعد محدودة في المنطقة العربية والتي تركز معظمها على التعرف على وجهة نظر الجمهور المتعامل مع مؤسسات الجهاز الحكومي وليس على الموظفين العاملين فيه، إضافة إلى إنها ركزت على الأساليب التقليدية لتحديد أفضل الطرق الممكنة للتعامل مع التداخل في الاختصاصات والمهام بين الأجهزة الحكومية، من خلال الاهتمام بوصف الوظائف وتصنيفها وإعادة التنظيم وإعادة النظر في الهياكل التنظيمية. فعلى الرغم من أن اللجنة العليا للإصلاح الإداري التي أنشئت عام ١٣٨٣هـ قد أنيط بها مهمة معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية إلا أن القرارات التي اتخذتها اللجنة منذ أنشائها والخاصة بحل التنازع في الاختصاصات بين بعض الأجهزة الحكومية قد بلغ عددها أربعة قرارات فقط أي بنسبة ١,٧٪ من إجمالي القرارات (الشقاوي، ١٤٢٣هـ)، مما يستلزم البحث في هذا الموضوع للتعرف على سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات تلك الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية وإيجاد الحلول المناسبة لها؛ وسيؤدي إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين والقضاء على الفساد الإداري والمالي من خلال تقليل الهدر المالي والموارد في تقديم الخدمة الصحية.

كما أن هذه الدراسة تعتبر من أوائل الدراسات التي تتناول معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بالتركيز على النواحي التنظيمية والتقنية، والتي يعول عليها للمساهمة في معالجة التداخل في الاختصاصات بما

ينعكس بشــكل مباشر إلى الارتقاء بمسـتوى خدمات القطاع الصحي على المستوى الوطني حل مختلف المشــاكل التنظيمية والتنســيقية الملحة. كما أن استناد الدراسة إلـى مصـادر أولـيــة متمثلــة في توزيع الاســتبانة وتحليلها يزيد من أهمية الدراســة لحداثــة البيانات المستخدمة.

٦/١ حدود الدراسة:

فيما يلي الحدود التي التزم بها الباحثان عند إجراء الدراسة، وهي كما يلي:

١- الحدود الموضوعية: على الرغم من وجود عوامل مختلفة يعتقد الباحثان أن لها أثراً في معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية كالنواحي التشريعية والتنفيذية، إلا أن هذه الدراســة اقتصرت عــلى العوامل التنظيمية (الهيكل التنظيمــي، الدليل التنظيمي، دليل الصلاحيات وممارســة الوظائف التنظيمية) وكذلك العوامل التقنية.

٢- الحدود الزمانية: تركز الدراسة على دراسة البيانات الأولية الخاصة بالوقت الحاضر، ولا يتضمن ذلك أي أبعاد تاريخية، وقد تم تطبيق هذه الدراسة خلال عام ١٤٣٨هـ.

٣- الحـدود البشـرية: تمـت الدارسـة على المسئولين في القطاع الصحي ويقصد بهم أصحاب المعالي والســعادة رؤساء ونواب الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، والوكلاء، والــوكلاء المســاعدين ومديري العموم للشــئون الإداريــة والمالية والشــئون القانونية والتخطيــط والتطوير، ومديــري الفروع في تلك الأجهزة في المناطــق الإدارية والصحية، والمشرفــين على المستشــفيات الجامعية في الجامعات الســعودية، ومن في مســتواهم الوظيفي.

٧/١ الاستفادة من الدراسة:

يمكن الاستفادة من هذه الدراسة من خلال ما ستوفره من بيانات ومعلومات عن سبل التعامــل مع التداخــل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية في الدراســات الأكاديمية وفي أبحاث ودراســات أخرى مماثلة، وما سينتج عنها من توصيات

ومقترحات تساعد متخذي القرار في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التعرف على سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات تلك الأجهزة وعلى المعوقات التي تحد من فعالية معالجة التداخل في الاختصاصات وذلك لدراستها وإيجاد الحلول المناسبة لها؛ مما يؤدي إلى تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمستفيدين من خدماتها وتقليل الهدر والقضاء على الازدواجية.

كما أنه من المتوقع أن تسهم هذه الدراسة في إعادة النظر في الآراء والاتجاهات التي تحكم سلوك وتجارب الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في التعامل مع التداخل في الاختصاصات باعتبارها من أوائل الدراسات التي تسلط الضوء على موضوع في غاية الأهمية بحيث تخدم صانعي القرار الصحي بشكل عام والمواطنين بشكل خاص؛ مما سيؤدي إلى تقليل نفقات تمويل الخدمات الصحية الباهظة، وارتفاع الإنتاجية في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٨/١ التحديات التي واجهت الدراسة:

أهم التحديات التي واجهت الدراسة وصاحبتها تكمن في التالي:

١- قلة المصادر التي تغطي جوانب عديدة من المباحث الواردة في الدراسة، فضلاً عن انتقال المعلومة من مرجع إلى آخر دون التوسع فيها.

٢- رفض بعض مسئولي الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية التعاون مع الباحثين وخاصة في القطاعات العسكرية.

٣- الانشغال بشكل دائم لكبار المسئولين في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية مما تسبب بتأخير جمع المعلومات من خلال تعبئتهم للاستبانة، مما استدعى الباحثان إلى استخدام الاستبانة الإلكترونية وإرسالها تكراراً لهم ومتابعتهم.

٤- عدم تمكن الباحثين من إجراء المقابلة الشخصية للعديد من عينة الدراسة وهم كبار المسئولين في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، مما تسبب في قلة أعداد المقابلات الشخصية لعينة الدراسة.

٩/١ مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

النظـام الصحي: هـو مجموعة الأنظمـة والقوانـين والتشريعات والـوزارات والهيئات والمؤسسات والموارد الرامية إلى تحسـين صحة الإنسان في المملكة العربية السعودية، والنظام الصحي ليس هو ما نطلق عليه (الخدمات الصحية التي تقدم من قبل مقدمي الخدمة كوزارة الصحة وبقية القطاعات الصحية) بل يشـمل كل ما يؤثر على تحسـين صحة الإنسان والصحة العامة، وقد صدر النظام الصحي للمملكة بالمرسوم الملكي رقم (م/١١) وتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٣هـ.

الاختصاصـات: هي مجموعة مهـام وصلاحيات تقوم بها وحـدة تنظيمية دون غيرها حددها القرار الإداري الصادر بشأن تنظيم الجهة وتأتي من الأهداف الرئيسة والاختصاصات العامة التي حددها قانون استحداث أو تأسيس الجهاز الحكومي (العبد الجادر، ٢٠٠٨).

التداخل في الاختصاصات: هو ممارسـة جزء من الاختصاصات المسندة إلى جهاز ما من قبـل جهاز آخر أو أكثر من جهاز (العبد الجـادر، ٢٠٠٨). ويحصل تداخل الصلاحيات بين الأجهزة الحكومية لأسباب عديدة، من بينها ازدواجية التشريعات واختلافها، وتشابه أعمال بعض الأجهزة وغموض الصلاحيات والمسـؤوليات، إلى جانب ضعف التنسيق وعدم تحديد المسـئوليات والصلاحيات وتوزيع المهام في مجـال تقديم الخدمات الصحية المتخصصة بين الأجهزة الحكومية في القطاع الصحي (الطراونة، ١٩٩٥).

الخدمات الصحية: هي الخدمات المقدمة للمستفيد والتي يهدف من ورائها إلى تحسين صحة المريض وإعادتها إلى حالتها الطبيعية.

القطاع الحكومي: يستخدم للدلالة على النشاطات الاقتصادية القائمة على أساس ملكية الدولة لرأس المال والمنتجات، في حين أن القطاع الخاص يشمل النشاطات الاقتصادية القائمة على الملكية الخاصة سـواء كانت ملكية فردية أم ملكية جماعية. وكلا التعريفين ينطلقان من معيـار واحـد وهـو الشكـل الحقوقي للملكية (الشقاوي، ١٤٢٣هـ).

الأجهـزة الحكومية المقدمـة للخدمات الصحية: هي تلك الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية للمواطنين مدنيين كانوا أم عسكريين بحيث تتلقى تلك الأجهزة ميزانيتها من الدولة وترجع ملكيتها للدولة.

المسئولون في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية: ويقصد بهم أصحاب المعالي والسعادة رؤساء ونواب الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، والوكلاء والوكلاء المساعدون ومديرو عموم الشئون الصحية في المناطق ومديرو العموم للشئون الإدارية والمالية والشئون القانونية والتخطيط، ومديرو الفروع في تلك الأجهزة في المناطق الإدارية والصحية، والمشرفون على المستشفيات الجامعية في الجامعات السعودية، ومن في مستواهم الوظيفي.

الفصل الثاني
الإطار النظري والتجارب الدولية والدراسات السابقة

تمهيد:

يهتـم هذا الفصـل بالتأصيل النظري لموضوع هذه الدراسـة حيث يقـدم شرحاً وافياً للمصطلحات الرئيسـية الخاصة بالدراسـة والتي تشـمل أهم المفاهيم الخاصة بالدراسة، والتداخل في الاختصاصات، وأسـبابه، وسـبل التعامل معه، وكذلك محاور الدراسـة والتي تشمل العوامل التنظيمية والتقنية، إلى جانب الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السـعودية. كما يستعرض في الجزء الثاني من هذا الفصل أهم التجارب الدولية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، وفي الجزء الأخير من هذا الفصل يستعرض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع هذه الدراسة.

١/٢ الجزء الأول: الإطار النظري

يغطـي هذا الجزء أهم المفاهيم ذات العلاقة بموضوع ومحاور الدراسـة، كما يشـمل استعراضاً للأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

١/١/٢ الاختصاصات:

الاختصاصـات جمـع اختصاص، وأصل الاختصـاص من "خصّ الـشيء يخصّه خصوصاً وخصوصيّة وتعني التخصُّص في حدود الصلاحيات الممنوحة له" (معجم اللغة العربية). وذُكر في لسان العرب بأنه "إذا خصّه بالشيء واخْتصّه إذا أفرده به دون غيره. ويقال: اخْتصّ فلانٌ بالأَمـر وتخصّصَ له إذا انفـرد وخَصّ غيرَه واخْتصّه ببره". كما تعـرف الاختصاصات بأنها الاَنْـصِرافُ والتَّرْكِيـُز عَلَى شَيْءٍ مَّا، أَوْ فَرْعٍ مُحَـَّدٍ مِنَ العُلُوم وَالصَّنَائِـعِ لِلتَّمَكُّن مِنْهُ تَمَكُّناً تَامّـاً (المعجم الغني). وذكـر العبدالجادر (٢٠٠٨) بأن الاختصاصـات هي مجموعة مهام وصلاحيات تقوم بها وحدة تنظيمية دون غيرها حددها القرار الإداري الصادر بشأن تنظيم الجهاز وتأتي من الأهداف الرئيسـة والاختصاصات العامة التي حددها قانون استحداث أو

تأســيس الجهاز الحكومي. كــما أن الجهات المختصّة هي الجهات المســئولة من الإدارات والمصالح الحكوميَّة.

وفي علم الإدارة هناك أهــداف ومهام واختصاصات، بمعنى أن يكون لكل وحدة إدارية اختصاصاتها، مما يمنع الازدواجية والتضارب في إنجاز الأعمال. وتعتبر عملية التنســيق بين وظائف الإدارة محوراً أساسياً للعملية الإدارية وشرطاً لا يمكن إغفال أهميته لنجاح التنظيم في تحقيق أهدافه (الأحمدي، ١٤٣٣).

٢/١/٢ الإستراتيجية والأهداف الأساسية:

تشــير الإســتراتيجية إلى الغاية من وجود المنظمة وتحديد العمليات التنظيمية داخلها. والعلاقات المرغوب فيها بين العاملين (الأحمدي، ١٤٣٣). وهذا يساعد في تحديد الأهداف وبالتــالي تنمية الخطــط وتركيز الجهود وتوجيــه الأعمال والمهام والجهــود الجماعية نحو تحقيق الغايات المنشودة للجهاز. وعادة ما تمارس الأجهزة الحكومية اختصاصاتها في إطار من القرارات السياســية التي تســعى الحكومة من ورائها إلى تعظيم مكاســبها السياســية والاجتماعيــة أي المردود الســياسي والاجتماعــي للحكومة الذي يصعــب إخضاعه للقياس الكمــي (ملكاوي، ٢٠١٣). وقد أشــار المقــرن (٢٠١١) إلى أنه على الرغــم من أن الجهات الحكومية لديها خطط استراتيجية وأهداف عامة تضمنتها خطط التنمية للدولة، إلا أنها قد تخلو تماماً من وجود أية مؤشرات أداء يجب تحقيقها مما يصعب من عملية الرقابة وقياس الأداء الحكومــي وهــذا يؤدي كذلك إلى انخفاض الإنتاجية. كــما ذكر ملكاوي (٢٠١٣) أن من أحد أســباب ظاهرة انخفاض الإنتاجية في الأجهزة الحكومية يرجع إلى الجوانب الفنية والتنظيمية التي ترتبط بغياب الأهــداف الواضحة لوحدات الجهاز الحكومي وعدم تقييم نتائج الأداء بها.

٣/١/٢ البيئة السياسية والتشريعات القانونية:

أشــار الأحمدي (١٤٣٣) إلى أن النظام الســياسي والايديولوجيات السياسية للدولة تؤثر على كل الأنشــطة والأنظمة الفرعية الأخرى بالدولة. إذ من المنطقي والضروري أن تعمل جميــع المؤسســات والهيئات بالدولة عــلى تحقيق الأهداف الذي يعمل النظام الســياسي

على تحقيقها. وتنعكس البيئة السياسية والقانونية للخدمات الصحية في صورة الأنظمة والقوانين والقرارات التي تتخذها الدولة لتنظيم الخدمات الصحية والرقابة على تقديم الخدمات، كما تؤثر البيئة على قدرة المنظمة الصحية على العمل ضمن التوجهات العامة للدولة من خلال:

- تحديد القواعد القانونية والأخلاقية المتعلقة بأداء الخدمة الصحية.
- تحديد طبيعة ونوعية ومدى شمولية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.
- ترك مساحة معقولة من حرية العمل الإداري والمالي والتنظيمي من عدمه؛ وذلك من خلال تغليب المركزية أو اللامركزية على نمط التحكم الإداري للمنظمات الصحية.
- تحديد مواقع تقديم الخدمات الصحية وأفضل أسلوب لتقديمها.
- تقديم الخدمات الصحية بالمجان أو بسعر محدد أو من خلال التأمين الصحي.

ووفقاً لقرار مجلس الوزراء رقم (٦٦٦) لسنة ٢٠٠١ بشأن ضبط نمو الهياكل التنظيمية بالوزارات والإدارات الحكومية والهيئات والمؤسسات العامة فقط طلب من كل جهة حكومية أن توافي ديوان الخدمة المدنية (حالياً وزارة الخدمة المدنية) بصورة من الهيكل التنظيمي القائم موضحاً به الاختصاصات الرئيسية والتفصيلية لهذه التقسيمات (المادة الأولى). وأن تراعى الجهة عند استحداث تقسيمات تنظيمية جديدة أو إدخال تعديلات على هيكلها التنظيمي أن يكون ذلك انعكاساً حقيقياً لاحتياجاتها الفعلية ومتناسباً في نفس الوقت مع عبء العمل لديها (المادة الثانية). وألا تتقدم الجهة بطلب تعديل لهيكلها التنظيمي إلا بعد مرور مدة زمنية معقولة (لا تقل عن ثلاث سنوات) على العمل بهذا التنظيم حتى يتوافر له القدر الكافي من الاستقرار وبالتالي يمكن الحكم على مدى كفاءته وفعاليته (المادة الثانية). وأن ترفق الجهة مع مشروعها المقدم إلى الديوان مذكرة توضيحية بالمبررات والبيانات والوقائع والإحصائيات الداعية إلى استحداث أو تعديل هيكلها التنظيمي أو أي بيانات أخرى يطلبها الديوان حتى يتسنى له استكمال دراسته للمشروع المقدم من هذه الجهة (المادة الثالثة). وأن توافي الجهة الحكومية الديوان برأيها حول ملاحظاته ومقترحاته التي توصل إليها من مراجعته وتقييمه لمشروع التنظيم المقدم منها (المادة الثالثة). وأن تقوم الجهة بإصدار قرار بالتنظيم أو إعادة التنظيم لهيكلها بعيد إخطارها

مـــن قبل الديوان باعتماد مجلس الخدمة المدنية لمشروعها. وأن تقوم الجهة بموافاة ديوان الخدمة المدنية بصورة من قرارها الصادر بشـــأن تنظيمهـــا الجديد أو إعادة تنظيمها الذي اعتمده مجلس الخدمة المدنية.

وصـــدر نظام مجلـــس الخدمة المدنية بناءً على المرســـوم الملكي رقـــم: (م/٤٨) وتاريخ: ١٣٩٧/٧/١٠ هـــ وقرار مجلـــس الوزراء رقم ٩٥٠ وتاريخ ٦/٢٧ /١٣٩٧ هـ وأشـــارت المادة التاســـعة من النظام أن مجلـــس الخدمة المدنية يختص (الفقـــرة ج) بالتعاون مع الجهات المختصة بتطوير التشكيلات والنظم الإدارية القائمة في الأجهزة الحكومية، وتحسين إجراءات وأساليب العمل فيها، وبناءً عليه: فإن دور مجلس الخدمة المدنية يتمثل في تلقي مشاريع التنظيم وإعادة التنظيم الخاصة بأي من وحدات الجهاز الإداري للدولة من ديوان الخدمة المدنية مرفقاً بكل منها ملاحظات الديوان عليها، مع وجهة نظر الجهة الحكومية إذا كانت مغايرة لوجهة نظر الديوان (المادة الثالثة). ومن ثم القيام بدراســـة هذه المشـــاريع مع ملاحظـــات ووجهـات نظـــر كلٍّ من الديـــوان والجهـة الحـكومية المعنيـــة؛ ومن ثم اتخاذ القرارات التي يراها مناسبة في هـذا الشـأن إما بالموافقة على المشروع المقدم واعتماده وإما بعدم الموافقة (المادة الثالثة).

كما أن الضوابط الواردة بقرار مجلس الوزراء المشار إليه ملزمة لجميع الجهات الحكومية المعنية وفقاً للدور المحدد لكل منها وبخاصة بالنســـبة لبعض الهيئات والمؤسســـات العامة التي تسمح قوانين إنشائها بوضع الأنظمة واللوائح الإدارية الخاصة بها والتي من بينها إعداد هياكلها التنظيمية ثم اعتمادها من السلطة المختصة لديها، ويعود إلزام هذه الجهات بهذه الضوابط والأدوار المحددة لها إلى أن قرار مجلس الوزراء يســـتمد هذه الصلاحية مما أسند إلى مجلس الخدمة المدنية من مهام بموجب المرســـوم بالقانون رقم ١٥ لسنة ١٩٧٩ في شأن الخدمة المدنية وتعديلاته والتي من بينها وضع السياسات العامة المتعلقة بالتطوير الإداري في الجهـــات الحكوميـــة بما يكفل تنظيمهـــا إلى جانب العمل على تطويـــر التنظيم الإداري للدولة، وإبداء الرأي في تحديـــد أهداف واختصاصات الوزارات والإدارات العامة وتنظيمها وسبل التنســـيق بينها (الفقرتان ١، ٢ من المادة الخامسة). وعلى هذا فإن جميع وحدات الجهـــاز الإداري للدولة معنية وملزمـــة بالتقيد بكل ما ورد من أحكام بقرار مجلس الوزراء

المشار إليه المُستمدة من اختصاصات مجلس الخدمة المدنية وديوان الخدمة المدنية (وزارة الخدمـة المدنية) من مهام بموجب القوانين والمراسـيم ذات العلاقـة، إلى جانب ما خوله الدستور من صلاحيات لمجلس الوزراء في هذا الشأن.

٤/١/٢ التنظيم الإداري:

يعرف التنظيم بحسب البكري (١٩٩٨)، بأنه الإطار الذي يتم بموجبه ترتيب جهود جماعة من الأفراد وتنسيقها في سبيل تحقيق أهداف محددة مما يتطلب تحديد النشاطات المطلوبة لتحقيـق تلك الأهـداف، وتحديد الأفراد المسـئولين عـن القيام بهذه النشـاطات، وتحديد الإمكانيات والموارد التي سيسـتخدمها هؤلاء الأفـراد وتوضيـح العلاقات الإدارية مـن حيث المسـئولية والسلطة. وتجدر الإشارة إلى أن التنظيم لا يتم مرة واحدة ولكنه عملية مستمرة ما دام أن الوحدة الإدارية نشاطها مستمر، وهذا يعني أن الإدارة تضع الهيكل المناسب الـذي يضمن تحقيـق الأهداف بأقصى كفاءة ممكنة والمراجعة المستمرة لهذا الهيكل.

ويمـثل التنظـيم الإداري أهمية خاصة لما له من أهمية في حياة المنظمات واستمراريتها لأنـه يهتم بتقسـيم العمـل وتوزيعه بـين الأفراد، فالتنظيـم هو الذي يـؤدي إلى توحيد الجهود بغية تحقيق الأهداف ويـؤدي إلى عدم تداخل الصلاحيات وإبعاد النزاعات حـول الاختصاصـات، ويساعد على الاسـتخدام الأمثل للكفاءات البشرية من حيث توزيع الأدوار الوظيفـية وتحديد النشـاطات وتسـهيل عمليات الاتصال الإداري بين المسـتويات الإدارية (الفرا واللوح، ٢٠٠٧).

كما أشار الأحمدي (١٤٣٣) إلى أن التنظيم الجيد يركز على المبادئ التالية:

١- تحديد الأهداف: يقوم التنظيم على أسـاس أهداف موضوعية وواضحة ومحددة بدقة، لكي يساعد في تحقيق هذه الأهداف.

٢- التخصص: يقتضي مبدأ التخصص إيجاد وحدة تنظيمية يشـغلها شـخص، أي قيام كل شـخص بوظيفة معينة تكبر مع الزمن وتزيد مهامها تعقيداً وتتجزأ؛ مما يسـتدعي إلى تجميع الوظائف المترابطة بالتخصص في شكل إدارات.

٣- التنسـيق: هو العملية الإداريـة التي يتم من خلالها ربط جهـود العاملين والوحدات

الإدارية في التنظيم ربطاً محكماً بعلاقة سـببية أي العمل من أجل تكامل نشاط الأفراد والوحـدات بهدف تحقيق أهـداف التنظيم بفاعلية. لقـد أصـبح التنسـيق في العصر الحديـث على درجة كبيرة مـن الأهمية بغية الوصول إلى تحقيـق إنجازات سـريعة مـع تأديـة المهـام بدرجـة عالية مـن الإتقان، وتـزداد أهميـة التنسـيق كلمـا تعـددت المهـام وتعـددت الجهـات التـي تقـوم بها، والعمـل المنسـق المتكامـل يـؤدي إلى اختصـار الجهـود وتقليـل التكـاليف وتحقيـق أفضل النتائـج، وبالمقابـل فإن القصور فـي التنسـيق يـؤدي غالباً إلى الخسائر المادية والبشرية والإرباك في العمل.

كـما تتغـير عملية التنظيم من منظمـة لأخرى تبعاً لاختلاف حجـم وأهداف والهيكل التنظيمـي للمنظمـة، إذ لابد أن يتـم هيكلة المنظمـة تنظيمياً لكي تسـتجيب لأهدافها (الأحمـدي، ١٤٣٣). وذكـر مخيمر والطعامنه (٢٠١٤) أن أهـم مكونات وظيفة التنظيم تتمثل في (١) تصميم الهيكل التنظيمي في شكل إدارات أو أقسام أو فرق عمل، (٢) صياغة الاختصاصات وتوزيع الأدوار والمهام الوظيفية بين الكيانات التي يشملها الهيكل التنظيمي، (٣) صياغة النظم الداخلية للعمل وما يرتبط بها من أدلة إجراءات وطرق عمل، (٤) تحديد علاقات السـلطة والمسئولية وتبادل المعلومات بين الكيانات التنظيمية والقيادات المسئولة عنها وبعضها البعض، (٥) صياغة النظم الداخلية للعمل وما يرتبط بها من أدلة وإجراءات وطرق عمل و(٦) إعداد أدلة الوصف الوظيفي لجميع المسميات والألقاب الوظيفية.

٥/١/٢ إعادة التنظيم:

عـرّف الملحم (٢٠٠٠) إعادة التنظيم في الجهاز الحكومي بأنه دراسـة ومراجعة الهيكل التنظيمـي للجهاز الإداري الحكومي من أجل إعادة النظر في المسـتويات الإدارية للإدارات المختلفـة في الجهـاز، وتوزيع السـلطات والصلاحيات والموارد الماليـة والبشرية على ضوء الظـروف الجديـدة والمتطلبات المسـتجدة والتي تتطلب تغييراً في نظام وأسـلوب رسـم السياسـة العامة، واتخاذ القرارات المتعلقة بتنفيذ البرامج والمشـاريع المقررة في السياسـة العامة للحكومة. ولإحداث التغيير المرغوب يتطلب اتخاذ إجراءات رسـمية وغير رسـمية تشمل خطوات لتعيين موظفين جدد، ونقل أو إنهاء خدمات بعض الموظفين الحاليين، ودمج بعـض الإدارات والوحدات الإداريـة بعضها مع بعض، وتغيير من مسـتواها التنظيمي، أو

إلغاء بعض الإدارات والوحدات الإدارية القائمة، أو إنشــاء إدارات ووحدات إدارية جديدة. وقــد يتطلب أيضاً إصدار قــرارات تشريعية وإدارية جديدة تتعلــق بهذه التغيرات. ومن الممكن أن يحدث إعادة التنظيم في كل تنظيم هرمي إذ قد يكون تغييراً كبيراً في المســتوى والمضمون، وقد يكون تغييراً بسيطاً وصغيراً، وقد يكون الدافع وراء قرار إعادة التنظيم دائماً أموراً معقدة مهما بدت واضحة وشــفافة، وتختلف هذه الرؤية من مشــارك إلى آخر وعلى الخصوص أولئك الذين قد تتأثر قدراتهم وســلطاتهم سلباً أو إيجاباً. وقد يكون الدافع من التغيير ناتجاً عن تغيير في السياســة العامة للجهاز عن طريق الاهتمام ببرامج معينة وإلغاء برامج وأنشــطة محددة، أو خفض الاهتمام بها، أو نقل إدارات ووحدات إدارية مســؤولة عن برامج ونشــاطات معينة إلى وزارة أو مؤسســة عامة أخــرى تكون لصيقة وذات علاقة أكبر بهذه الأنشطة، أو تجميع إدارات ووحدات إدارية متفرقة تحت جهاز إداري واحد مما يحدث نتائج وتنســيق أفضل بين هذه الوحــدات الإدارية المتفرقة. وقد يكون الدافع رفع أو خفض مســتوى إدارة معينة، أو تغيير في الأولويات بــين البرامج ويكون ناتجاً في الغالب عن توســع أو انكماش في حجم العمل والنشــاطات أو التكاليف. وقد يكون الدافع إلغاء التداخل في المســؤوليات والواجبات والصلاحيات بــين عدد من الأجهزة الحكومية، وتقديم نفس البرامج والأنشــطة والخدمات من أكثر من جهة أو جهاز حكومي. وقد يكون الدافع الرغبة في مكافأة موظف جيد يعتبر مهماً للمنظمة، مما يتطلب إحداث إدارة له تتناســب مع قيمته ومستواه الإداري. وقد يكون الدافع وراء إعادة التنظيم هو ظهور تقنية حديثة تخدم إدارة معينة مما يتطلب فصلها في وحدة إدارية خاصة بها. وقد يكون ناتجاً عن تغير في الأولويــات للمنظمــة. وأخيراً قد يكون الدافع لإعــادة التنظيم حل خلاف بين عدد من المسؤولين الإداريين الرئيســيين في الجهاز الإداري حول السلطات والصلاحيات والمسؤوليات مما يتطلب التدخل لإعادة تنظيم الجهاز الإداري جزئياً أو كلياً.

٦/١/٢ العوامل التنظيمية:

يوجــد العديد من العوامل التنظيمية، وفيــما يلي شرح لأهم العمليات التنظيمية ذات العلاقة بمحاور هذه الدراسة:

أولاً: تقسيم العمل وتحديد الاختصاصات:

يعتبر تكوين الوحدات الحكومية على أســاس تقديم خدمات حكومية متخصصة أفضل أسلوب لتحقيق الكفاءة، بالرغم من صعوبة تحديد المعايير الدقيقة لهذا التقسيم. وإذا تم تطبيق هذا الأســلوب بدقة فإنه يجنبنا الازدواجية الزائدة والتداخل في الوظائف ويشــجع عــلى طلب المهارات والمعرفة المتخصصــة، إضافة إلى توفير الفرصة لدراســة المهام والأمور المعقدة في إطار متكامل ينتج عنه اتخاذ القرارات المسؤولة لمصلحة المجتمع (محمد، ٢٠٠٧). ولا بد من تقســيم وتوزيع العمل بشــكل يبين العلاقات ويحدد الســلطات والمسؤوليات والمهام، حيث إن تقســيم العمل هو عبارة عن تخصيص أجزاء مختلفة من عمل معين بين عدد من موظفي الجهاز. وقد أشــار ملكاوي (٢٠١٣) بأن الصعوبات والاختلالات المتعلقة بعنصر تقســيم العمل تتمثل في (١) التضخم الوظيفي وســلبياته العديدة من ازدواجية في المســئولية الإدارية وطول الإجراءات وخلق مستويات تنظيمية غير ضرورية، (٢) ازدواجية وتداخل الاختصاصــات الوظيفية، (٣) صعوبة تحديد ما يلزم من عمالة وذلك لعدم وجود معايير نموذجية لأداء العاملين لتســتخدم كمؤشرات إرشــادية في تحديد العمالة، (٤) خلق وظائف جديدة دون أن تصاحبها زيادة في عبء العمل الوظيفي.

ومن المعلوم أنه يجب على كل جهاز الوقوف على المهام المنوطة به وبالوحدات التابعة لــه. كما يجــب أن يتم توزيع الاختصاصــات والمهام بين الموظفين بحيــث يقوم كل منهم بــأداء عمل محدد مع تفويض من الســلطة المختصة له للقيــام بهذه الاختصاصات بحيث يتــم تحديــد الاختصاصات بين الوحــدات التنظيمية بصورة مبســطة وواضحة. ويســهم تحديــد الاختصاصات في ضبــط إجراءات العمل داخل الجهــاز ووحداته المختلفة وتوحيد الإجراءات الخاصة بالعمل وتعريف كافة الموظفين بالمهام والاختصاص وتحديد الصلاحيات والمسؤوليات للرؤساء والمرؤوسين وتوزيع المهام ووضوحها (بجاد، ٢٠١٣). لأنه من المفترض أن يتم تحديد الصلاحيات والاختصاصات وتوزيعها بين وحدات العمل طلباً لتكامل الأدوار وتحقيق التناســب فيما بينها لتجنب الازدواج في العمل ومنعاً للتداخل في الاختصاص الذي قد يجعل المسئولين مترددين في اتخاذ القرار لعدم وجود سند نظامي يمكنهم الرجوع إليه، الأمر الذي قد يؤثر ســلباً عــلى مصلحة العمل. وبالتالي فــإن تحديد ووضوح اختصاصات

ومسئوليات كل إدارة أو قسم وفرد داخل التنظيم دون لبس أو غموض أو تداخل أو تعارض يعتبر ضرورياً لتنفيذ الأعمال بكفاءة وفاعلية بما يتفق مع المتطلبات المقررة في سياسات الإدارة العليا. ويستلزم أن يكون التحديد الواضح والصريح للاختصاصات والمسئوليات مدونة إما في صورة دليل تنظيمي أو كتيب أو لائحة تنظيمية داخلية ومتاحة لجميع الأطراف المعنية. كما يجب الفصل بين المسئوليات المتعارضة أو المزدوجة بقدر الإمكان (بشناق، ٢٠٠١).

ويتضح أن بعض الأجهزة الصحية الحكومية تقوم بإصدار قرارات بشكل مخالف للوائح والنظم باعتقاد أنها من اختصاصها. وقد ذكر مخيمر (٢٠٠٤) "أن الطموحات الشخصية لبعض القيادات قد تكون سبباً في إجراء التغييرات التنظيمية من وقت لآخر". ولذلك فإن تحديد الاختصاصات يعمل على تعريف كل الموظفين بالمهام والاختصاصات وتحديد الصلاحيات والمسؤوليات وتوزيع المهام ووضوحها وإلى توحيد وضبط إجراءات العمل داخل قطاعات ووحدات الجهاز المختلفة. ويجب أن تمتد سلسلة الاختصاصات بشكل منظم ومترابط بين المستويات الوظيفية المختلفة بشكل هرمي من القمة إلى القاعدة بحيث يكون لكل مستوى وظيفي مهامه واختصاصاته التي لا تتعارض مع المستويات الأخرى، على أن تكون السلطة المفوضة لكل مستوى وظيفي كافية لضمان القدرة على تحقيق النتائج المرجوة. وعادة ما تستخدم بطاقات الوصف الوظيفي المعتمدة لإعداد قوائم تحديد المسؤوليات التي يتم من خلالها ربط تقسيم الأعمال مع الهيكل التنظيمي وإدخال التعديلات اللازمة على السلطات والاختصاصات التنظيمية لشاغلي الوظائف الإشرافية بمستوياتها ونطاق إشرافها. كما ينبغي النظر في تحديث الصلاحيات والاختصاصات وفقاً للتحديث الأخير للهيكل التنظيمي. وقد أوضح بكري (١٤٣٤هـ) إلى أنه إذا كان الخلل في الأنظمة أو الصلاحيات فيفترض أن ترفع إلى مراجعها لتعديلها لتمارس مهامها على أفضل وجه، وإن كان الخلل في التطبيق فيفترض إعادة النظر في آليات العمل والكوادر والهيكلة الإدارية لتلك الأجهزة، وقد تحتاج تلك الأجهزة لكادر ودعم خاص ليكون لها هيبتها وتستقطب الكفاءات الوطنية المتميزة.

ثانياً: التنسيق:

التنســيق يعني العمل المشترك الذي يســهل عمل الأفراد والجماعات ويمنع الازدواجية في تنفيذ المهــام والواجبات وإصدار القرارات (الأحمدي، ١٤٣٣). ويرتكـز التنســيق على مفهـوم تكاتف الجهود وتنســيق المهام المختلفة التي تقـوم بهـا جهتـان أو أكثـر بشــكل يضـمن تحقيــق التكامـل وعـدم الازدواجية (الكبيسي، ٢٠١٣). وتنشــأ الحاجة للتنسيق للأسباب التالية:

- تجنب حدوث الصراع التنظيمي والتداخل والازدواجية في الأعمال.
- مواجهة بناء التجمعات التنظيمية الفوقية أو الكتل المؤثرة في الأعمال الإدارية.
- الحد من الميل الإنساني نحو التركيز على أعمال معينة وترك أعمال أخرى.

كــما أشــارKaiser (٢٠١١) بأنه لا بد مــن التمييز بين التعاون والتنســيق بين الجهات المختلفة، حيث عرف التنســيق فيــما بين الأجهزة المختلفة بأنه شــكل محدد من التعاون الذي ينطبق على حالات وعمليات، بينما يعرف التعاون بأنه إدراك أجهزة متعددة للمنفعة المتبادلــة مــن العمل الجماعي مع بعضها. وغالباً ما يوجه أصحاب الســلطة من القياديين الذين يديرون منظمات متعددة بالتعاون لتحقيق الأهداف المشتركة، ويصنف هذا التعاون بأنــه طوعي وليس إلزامياً ومبني على توجيه من ســلطة عليا مما يتســبب في عدم تعاون الجهات بشكل كاف. ويمكن تحديد أربعة أنواع مختلفة من الترتيبات والأنشطة التعاونية مصممــة لضمان أو تعزيز التعاون فيما بين الأجهزة ذات الاختصاصات المتداخلة وتقاســم المسؤوليات وهي كالتالي:

١- التعــاون: وهــو ترتيب يعتمد بدرجة كبــيرة على الطوعية أو المشــاركة التقديرية بين الأعضاء، الذين هم متســاوون نســبياً أو في أقل قدر من التكافؤ في مثل هذا النشــاط والترتيب.

٢- التنســيق: وهــو ترتيب يتولى فيه جهــار رئيس أو موظف مســؤول توجيه العمليات، المشاريع أو البرامج بين جهاز أو أجهزة متعددة.

٣- الاندماج: وهو الترتيب الذي يدمج أو ينقل جزء أو كل من سلطات الجهاز أو اختصاصاته

أو موظفيه أو موارده بشكل أساسي إلى منظمة أخرى سواء كان ذلك إلى قسم أو جهاز قائم بذاته أو جديد.

٤- التكامـل: وهـو ترتيب يجمع بين الأجزاء ذات الصلة من الأجهزة على أسـاس بعيد أو قصير المدى للقيام بعملية أو برنامج أو سياسة محددة، وبعكس الاندماج، فإن التكامل لا ينطـوي عليه نقل دائم سـواء كان ذلك للموظفين، أو للموارد، أو للسـلطة فيما بين الأجهزة المعنية.

وأشـار الأحمدي (١٤٣٣) إلى أن تطبيق اللامركزية يؤدي إلى تحسين التكامل والتنسيق بـين جميع الخدمات العامة على المسـتوى المحلي على الرغم مـن صعوبة تحقيق التعاون بين القطاعات المتعلقة بالصحة على المسـتوى المركزي. وذلك لخشية الوزارات من أن هذا التعاون سـوف يؤدي إلى استخدام أكبر لمواردها في غير الأعمال المحددة والمتعلقة بتحقيق أهدافها الأساسية. أما على المستوى اللامركزي فإن العلاقات بين ممثلي الوزارات تكون أقل رسمية وأكثر إحساساً بالمشاكل المشتركة التي تنعكس على جميع الجهات. ومن منطلق أن عملية اللامركزية تحقق قدراً من المسـاواة وجودة الخدمـات الصحية وأنها لا تجرد وزارة الصحة من كل مهامها ومسئولياتها، فإن دور وزارة الصحة يظل محورياً في تحقيق التنسيق والقرارات العامة ويتضح دورها في الآتي:

١- وضـع السياسـات العامة المرتبطة بالأولويـات الصحية وإدارة المـوارد المالية والبشرية والتأمين الصحي.

٢- وضع القواعد والمعايير للخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وتقديم الدعم للبرامج الصحية.

٣- التخصيص العادل للموارد.

٤- تقويم أداء القطاع الصحي على المستوى المحلي والمركزي.

٥- إيجاد نظام معلومات صحي وإداري مع الاهتمام بالتغذية المرتدة.

٦- تنظيم خدمات القطاع الخاص الصحية والبحثية.

٧- تشجيع وتطوير البحوث الصحية.

٨- التنسيق والاتصال بالمنظمات الصحية العالمية.

وأشار الكبيسي (٢٠١٣) إلى أنه يمكن القيام بالتنسيق من خلال الأساليب التالية:

١- القواعد والإجراءات: من خلال التحديد المسبق للأعمال التي يجب أن يقوم بها المرؤوسون.

٢- تحديد الأهداف: وذلك لضمان تنسيق جهود العاملين في ضوء الأهداف المحددة سلفاً،

٣- التنسيق الهرمي: اتباع سلسلة الأوامر لتحقيق التنسيق.

٤- استخدام المساعدين: يقوم مساعدو المدير بمهمة تنسيق عمل المرؤوسين عن طريق جمع المعلومات عن المشاكل وتقديم المشورة عن البدائل المتاحة لاتخاذ القرارات المناسبة.

٥- تحديد السلطات: السلطة هي قوة الإجبار أو الإلزام كحق ممنوح أو مخول من التنظيم لأداء العمل. والبناء التنظيمي الفعال هو الذي يحدد السلطات المصاحبة لأداء العمل. وتتدرج السلطة من أعلى إلى أسفل في الهيكل التنظيمي وهو ما يعرف بسلسلة الأوامر.

٦- تحديد المسئوليات: تعني المسئولية الالتزام فيما يخص الأعمال المحددة التي يلزم على العاملين القيام بها وفقاً لمعايير محددة ومعلومة من قبل الرؤساء والمرؤوسين.

٧- تفويض السلطة: يتعلق موضوع تفويض السلطة بكيفية توزيع السلطات في المنظمة، وإلى أي مدى يتم تطبيق المركزية واللامركزية. ويتم تفويض السلطة من أعلى إلى أسفل بتنازل مسئول معين عن جزء من سلطاته لأحد مرؤوسيه فيحق له أن يصدر قرارات فيما فوض فيه دون الرجوع للرئيس الذي فوضه.

٨- نطاق الإشراف: ويعني أن يقوم رئيس واحد بالإشراف على عدد معين من المرؤوسين بكفاءة وفعالية. ولا يوجد تحديد للعدد الأمثل للمرؤوسين الواقعين في نطاق الإشراف. ويعني نطاق الإشراف الواسع عدد أقل من المستويات الإدارية وينتج عن ذلك هيكل تنظيمي أفقي منبسط، بينما يترتب على نطاق الإشراف الضيق زيادة المستويات الإدارية وينتج عن ذلك هيكل تنظيمي عمودي ممتد.

٩- وحدة الأمر: يعني مسئولية أي فرد أمام رئيس واحد فقط.

ثالثاً: المركزية واللامركزية:

لم يتفق الكتّــاب على تعريف واحد للمركزية، وقد حظي موضوع المركزية على اهتمام الكثــير من الباحثــين والكتاب من عدة جوانب، ومنها تأثير المركزيــة العالمية على عمليات اتخاذ القرارات والاتصال والتنســيق، وفاعلية المنظمة ومرونتها، وعلاقتها بالمبادأة والإبداع وغــيره. ويقصد بالمركزية درجة تركيز اتخاذ القرارات المهمة في مركز واحد أو في يد الإدارة العليــا (الفرا واللــوح ، ٢٠٠٧). وأرجع عبدالهادي (١٩٩٧) أســباب تضخم الجهاز الإداري بزيــادة حجم المنظمات والأجهزة والإدارات وعدد العاملين، وبيّن أن هذا التضخم والزيادة غــير المبررة قد تؤدي إلى تداخــل الاختصاصات والتكرار والروتين مما يتســبب في الإهمال والتكاســل وانتشار الواسطة والمحاباة والرشاوى لإنهاء الخدمة أو الحصول على الترقية، كما أوضح بأن المركزية الشديدة وعدم تفويض السلطة مع تعدد المستويات الإدارية قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات غير واقعية أو غير سليمة وغير قابلة للتنفيذ؛ ذلك لأن متخذ القرار يكون بعيداً عن مواقع التنفيذ وعن الموظفين المنفذين مما يؤدي إلى اختناق العمل وبطء التنفيذ وإضعاف الروح المعنوية وانخفاض الأداء.

وعلى الجانب الآخر وبالرغم من اعتبار اللامركزية أهم قوة لتحســين الكفاءة والمساواة والاســتجابة للمتطلبــات والظروف المحليــة، إلا أنها تعد أيضاً أحد أهــم الأمور المحيرة في مجال إدارة الخدمات الصحية؛ وذلك لأن نجاح أو فشــل اللامركزية يعتمد على المهام التي ستتم مركزيتها ومن هو المســئول عنها والمستوى الإداري المطلوب والموارد اللازمة لتطبيق المركزية. ولا بد من أخذ الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياســية في الحســبان لضمان نجــاح اللامركزية (الأحمــدي، ١٤٣٣). وتتضمن لامركزية تنفيــذ الخدمات والعمليات مع الإبقاء على مركزية اتخاذ القرار، ويتم بموجب هذا التوجه منح صلاحيات أوســع في تنفيذ النشــاطات والخدمات التي تقدمها فروع المؤسسة مع الإبقاء على مركزية القرار بيد رئاسة المؤسسة والتي تستمر في تحديد أساليب العمل في المناطق والفروع خارج المركز.

رابعاً: التفويض:

يعرف الكليبــي (٢٠٠٠) التفويض بأن يعهد صاحب الاختصاص الأصيل بممارســة بعض اختصاصاته أو ســلطاته إلى موظف آخــر، ويحتل التفويض في الاختصــاص مكانة مهمة في

ميدان الإدارة العامة لأهميته العملية، ويســتند تفويض الســلطة الإدارية كأســلوب إداري عادة إلى نصوص قانونية. ولا يشــمل التفويض كل اختصاصات المفوض، بل يجب أن يكون جزئياً لبعض سلطات الرئيس الإداري، وأن يكون هذا الجزء من الأعمال المفوضة للمرؤوسين تســتهدف الأعباء والإجراءات الإداريــة اليومية التي تثقل كاهل الرئيــس الإداري. ويجب ألا يقــوم المــرؤوس بتفويض ما فوض إليه من ســلطات إلى مرؤوســين أدنى منه في الســلم الوظيفي، إلا أن هذا لا يمنع المفوض إليه من أن يقوم هو بدوره بتفويض جزء من ســلطاته الأصلية، إذا ما وجد أنه قد يعجز عن القيام بمباشرتها جميعاً (بســيوني، ١٩٩٣). وينبغي أن تكون حدود التفويض في غاية الوضوح والدقة، بمعنى أن يكون التفويض سليماً من الناحية القانونيــة، ولــكي يكون ملزماً للرئيس الأعــلى والمرؤوس فيجب أن تتوافــر الشرعية لعملية تفويض السلطة لكلا الطرفين (اللوزي، ١٩٩٩)، وألا يكون التفويض إلا في الأعمال التي تتفق وتخصص المرؤوسين أو وفقاً لقدراتهم المعرفية والعملية. وينبغي ألا ينظر إلى التفويض على أنه طريقة أو وسيلة للتخلص من الأعباء الشخصية، لأن الرؤساء الذين يستخدمون التفويض كوســيلة للهروب من المسؤولية ســيجدون بسرعة أن مرؤوسيهم سيشــعرون بمقت شديد لعملية التفويض، فالتفويض ليس وســيلة للتخلص مــن المهام الثقيلة غير المرغوبة، وهذا لا يعني ألا يتم تفويض مثل هذه المهام، ولكن يشــعر المرؤوســون بالنفور من المهام المزعجة والمتعبة، خاصة إذا علموا أن الرئيس الإداري يفوضهم لهذا السبب بالذات (جاريا، ١٩٩٢).

وبحســب العواوده (٢٠١٤) فإن الأجهزة الحكومية في الــدول النامية تعاني من ضعف تفويض الســلطة، ومن مظاهر تركيز الســلطة في يد عدد محدود من الرؤســاء، الأمر الذي يترتــب عليه حــدوث اختناقات في العمل، وتعطيل مصالح المســتفيدين من أنشــطة تلك الأجهزة وتأثر الروح المعنوية للمرؤوســين، وتشير نتائج العديد من الدراسات السابقة التي تــم تطبيقها في المجتمعات العربية كدراســة العتيبي (٢٠٠٨) إلى وجود فجوة لدى مديري المؤسسات والمنظمات في تفويض السلطة وبين الممارسة الواقعية لتطبيق هذا المبدأ.

خامساً: الهيكل التنظيمي:

يعتــبر الهيكل التنظيمــي العمود الفقري لأي جهاز حكومي، فهو عبارة عن وســيلة أو أداة هادفة تســعى إلى المســاعدة لتحقيق أهداف المنظمة التي أنشئت من أجلها بكفاءة

وفعاليــة، وذلك من خلال تحديد العلاقات التنظيمية، وتوضيح خطوط الاتصالات، والتأثير على العلاقات مع البيئــة الخارجية، إلى جانب تأثيره وتحديده لدور الفرد، وطبيعة ونطاق عملــه والمركز الوظيفي له والعلاقات المختلفــة بين العاملين (آل زاهر، ١٩٩٥). ولكي تقوم المنظمــة بتحقيق أهدافها، فيجب العمــل على تصميم هيكل تنظيمي واضح يحدد الأدوار والمســميات والمهام داخــل التنظيم. وقد عــرف مخيمر (٢٠٠٤) الهيــكل التنظيمي بأنه «نظام رســمي تصممه الإدارة لتحديد علاقات التفاعل والتنســيق التي تربط مهام الأفراد والجماعــات في تحقيق أهــداف المنظمة بفعالية". كما عرف جيبســون وآخرون (١٩٩٤) الهيــكل التنظيمي بأنه «الهيكل الذي ينتج عن قــرارات تنظيمية تتعلق بأربعه أبعاد لأي منظمة هي: تقســيم العمل والتخصص، أســس تكوين الوحــدات التنظيمية، حجم هذه الوحدات، وتفويض الســلطات». ويضم الهيكل التنظيمي الوظائف المختلفة التي تتطلبها المنظمــة بعضها مع بعض بحيث تتضح من خلاله الفروق بين الأفراد من ناحية المســئولية والســلطة وطبيعة المراكز والأدوار. ويعتمد نجــاح المنظمة في بنائها لهيكل تنظيمي وعلى قدرتها في إيجاد بيئة عمل مناســبة وتحقيق درجة عالية مــن التكيف والتطابق والمواءمة بين هيكلها التنظيمــي وأهدافهـا، وكذلـك كفـاءة العنصر البشري، وكفاءة مواردها المادية، ويتبين من خلال ذلك أهمية وجـود الهـيكل التنظيمي للمنظمة، فمن دون هيكل تنظيمي جيد ومناســب فإن العمليات التنظيمية تســير بشــكل فوضوي لا يستند إلى أساس علمي متين، حيث تتخبط المنظمة وتنحرف عن مســارها وعــن أهدافهـا فتصبـح عديمة الفائدة وتتجه للانحدار والتراجع إضافة إلى هدر الموارد البشرية والماديـة (الفرا واللوح، ٢٠٠٧).

وتنشــأ الحاجــة إلى ضرورة وجود هيكل تنظيمــي لأي منظمة جديــدة عندما يصدر قانون أو مرسوم بإنشــائها؛ وذلــك لأن الهيكل التنظيمي يعد إحدى الوســائل التي تحقق من خلاله المنظمة أهدافها باعتباره يمثل الإطار الذي يحدد للمنظمة تقسيماتها التنظيمية واختصاصاتها الرئيســة والتفصيلية وعلاقاتها التنظيميــة المتداخلة، كما يحدد أيضاً خطوط الاتصال بين مكونات الهيكل وســلطات ومســئوليات تلك التقســيمات بمــا يضمن ترتيب وتنسيق كافة الجهود لتحقيق أهداف المنظمة بدرجة عالية من الكفاءة والفاعلية. كما أن وجود هيكل تنظيمي سليم ومناسب للجهة يتضمن التبويب والتوصيف السليم للوظائف ووضوح الســلطات والمســئوليات وتصنيف للأنشــطة والبرامج المحددة بالهيكل التنظيمي يعتبر من مقومات الأداء الجيد (حماد، ٢٠٠٥).

ويمكن دراسة الهيكل التنظيمي من خلال البُعد الهيكلي والذي يعني السمات الداخلية للمنظمة. ويشير بُعد التخصص إلى درجة تقسيم العمل أي تقسيم المهام إلى أعمال محددة منفصلة. وتبدأ عملية تحديد الهيكل التنظيمي من معرفة نشاط الوحدة وتحديد أهداف هذه الوحدة؛ مما يتطلب تحري الدقة والوضوح ولا بد أن تكون هذه الحقائق واقعية فعلاً وتمارســها الوحدة فعلياً وذلك الأمر يتطلب القيام بدراسة تلك الوحدات الإدارية وأنشطتها من خلال الزيارات الميدانية المتكررة للوحدات الإدارية التي هي بحاجة لإعادة بناء هيكلها التنظيمي واللقاء وجهاً لوجه مع المسئولين في تلك الجهات، وهذا من شأنه مساعدة باحث التنظيــم في التعرف على المشــكلات المؤثرة على كفاءة الأداء والاســتماع إلى وجهات النظر وتحديد البدائل التي سينتهي إليها خلال مرحلة جمع المعلومات والنتائج (البكري، ١٩٩٨).

كما أشــار البكري (١٩٩٨) إلى أن أهم المشــاكل والصعوبات التنظيمية التي تتواجد في الهياكل التنظيمية للوحدات الإدارية ما يلي:

١- المبالغة في الشــكل الرســمي للهيــكل وطغيان المركزيــة على العلاقات بــين الوحدات التنظيمية وبالتالي تضخم الجهاز الإداري، حيث يتزايد أعداد الموظفين عن حاجة العمل إليهم واتجاههم إلى التمســك بالشــكليات حفاظاً على مظهر مركزهم، وبالتالي تدعيم البيروقراطية.

٢- عــدم وجود لائحة تنظيمية قانونية تحتوي على دليل يســاعد الباحثين التنظيميين على وضع وإنشــاء هياكل تنظيمية على أســس علمية منظمة ومتسقة، وعدم وجود نماذج معينة للوحدات النمطية يمكن الاسترشاد بها في تحليل التنظيم الداخلي للوحدات.

٣- سوء تنظيم العمل وتركيز السلطة بأيدي قليلة وعدم تفويضها الأمر الذي يعيق الوحدة من الحركة اللازمة لتســيير أعمالها، وقد يرجع ذلك إلى تخوف بعض الرؤســاء من فشل مرؤوسيهم المفوضين ووقوعهم في الأخطاء.

٤- نقص كفاءة الباحث التنظيمي إن لم نقل انعدامها.

٥- تشــتت مبدأ المسئولية وغيابه بســبب ضعف الثقة بين الرؤساء والمرؤوسين وما يترتب عليه من ازدياد ملحوظ في تداول الأوراق وشيوع ظاهرة التوقيعات المتتابعة.

٦- غياب التصنيف والتوصيف الوظيفي والذي يعتبر عاملاً مهماً لتحليل الهياكل التنظيمية ومعرفة مدى ملاءمتها وكفاءتها.

٧- عدم وضع الشخص المناسب في المكان المناسب مما يفقده اعتزازه وحبه لعمله ويصرفه لاهتمامات أخرى ليس لها صلة بعمله، وتفصيل بعض الوظائف على أشخاص وكأنها خلقت لهم وحدهم دون اعتبار للكفاءة والمهارات والقدرات.

٨- عدم استقرار الهيكل التنظيمي للجهاز الإداري بسبب إلغاء بعض الوزارات أو دمج وزارات بأخرى مما يؤدي إلى تعديل هياكلها التنظيمية باستمرار.

٩- مقاومة الموظفين لأي محاولة تجديد أو عدم قبول فكرة التطوير السريع كالاستغناء عن الأعمال الزائدة أو تبسيط الإجراءات؛ وذلك خوفاً من أن يؤدي ذلك للاستغناء عن بعض الموظفين نتيجة عدم الحاجة إليهم.

سادساً: الدليل التنظيمي:

هو دليل شامل ومفصل يشتمل على رؤية ورسالة وأهداف المنظمة، مع توضيح الأسس والسياسات والإجراءات التي تتبع لأداء الأعمال (الأحمدي، ١٤٣٣). ويهدف الدليل التنظيمي إلى وضع آلية مبسطة توضح كيفية توزيع وتحديد المهام والاختصاصات ونطاق الإشراف، ويعالج تحديث الدليل التنظيمي أي تداخل في الاختصاصات بالوحدات التنظيمية المختلفة.

وتتضمن عناصر الدليل التنظيمي البناء التنظيمي والاختصاصات التي تناط بالقطاعات والوحدات داخل البناء التنظيمي للجهاز والمستويات الوظيفية التي تمارس الاختصاص وتحديد الاختصاصات والمسؤوليات والمهام لكل مستوى وظيفي وفوائد العمل بالدليل، إضافة إلى تحديد العلاقات بين الموظفين بحيث يعرف كلٌّ منهم مكانه وعلاقته برؤسائه ومرؤوسيه، وتعريف الموظفين بحدود الاختصاصات التي سيقومون بأدائها والاستفادة من مزايا التخصص وتقسيم العمل وتلافي الازدواج والتداخل في العمل أثناء القيام بالاختصاصات والمهام، والمساعدة على إنجاز العمل من خلال إعطاء السلطة اللازمة للموظفين للقيام بمهام أعمالهم، وتحقيق الاستغلال الأمثل للكوادر البشرية والموارد المالية إلى جانب تحقيق الانسجام بين الموظفين بحيث تسير العلاقات الوظيفية بأقل قدر من الاحتكاك وسوء الفهم

بين الموظفين والذي يمكن أن يحدث بسـبب تنازع الاختصاصات، وتحقيق الرقابة الإدارية الفعّالة من خلال تحديد المسـؤولية وتحقيق التكامل والتنسيق بين كافة الجهود الجماعية للقطاعات.

وأشـار بجاد (٢٠١٣) إلى أن الدليل التنظيمي يسـتند على سـتة مبادئ وهي: (١) أن يتـم توزيع الاختصاصات والمهـام بحيث يقوم كل موظف بأداء عمـل محدد مع تفويض من السـلطة المختصة له للقيـام بهذه الاختصاصات، (٢) مبدأ تحديـد الأهداف، ذلك أنه يسـاعد على تنمية الخطط وتركيز الجهود وتوجيه الأعمال والمهام والجهود الجماعية نحو تحقيق الغايات المنشـودة للمرفق العام، (٣) مبدأ التخصص وتقسـيم العمل كون تقسيم العمـل عبـارة عن تخصيص أجزاء مختلفـة من عمل معين بين عدد مـن موظفي الجهاز، فبدلاً من أن يقوم موظف واحد بأداء مهام الوظيفة كاملة فإن عدداً من الموظفين ينجزون أجـزاء مختلفة منها بحيث يتخصص كل موظف في إنجاز اختصاص معين، (٤) مبدأ التدرج وهو أن تمتد سلسلة الاختصاصات بشكل منظم ومترابط بين المستويات الوظيفية المختلفة بشـكل هرمي من القمة إلى القاعدة، وأن يكون لكل مسـتوى وظيفي مهامه واختصاصاته التـي لا تتعارض مع المسـتويات الأخرى، (٥) مبدأ تفويض الاختصاصـات ومن هذا المبدأ يجب أن تكون السـلطة المفوضة لكل مسـتوى وظيفي كافية لضـمان قدرته على تحقيق النتائج المرجوة و(٦) مبدأ المسـؤولية ومن منطلق هذا المبدأ لا يمكن لأي رئيس أن يتهرب من مسـؤوليته، ففي حال حدوث أخطاء فإن الرئيس يكون مسؤولاً في حدود الاختصاصات المناطة به.

٧/١/٢ التقنية:

شـهد العصر الحديث تغيـرات في مختلف جوانب الحياة الإنسـانية، وكان للتطورات التكنولوجيـة المتسـارعة وتقدم وسـائل الاتصـالات وتقنية المعلومـات دور بارز في هذه التطـورات، فظهور شـبكة الإنترنت والتوسـع الهائل في اسـتخدام الشـبكات الإلكترونية في جميـع المجالات، أدى ذلـك إلى التحول من الأسـاليب التقليدية في إنجـاز الأعمال إلى الأسـاليب الإلكترونية. ويعتبر مصطلـح الإدارة الإلكترونية (Electronic Management) من المصطلحات الإدارية الحديثة، والتي ظهرت نتيجة للثورة الهائلة في شـبكات المعلومات

والاتصــالات، والذي أحدث تحولاً هاماً في أداء المنظمات بتحســين إنتاجيتها وسرعة أدائها وجودة خدماتها عن طريق اســتخدام أســاليب إلكترونية حديثة تتسم بالكفاءة والفعالية والسرعــة، بالإضافة إلى قدرتها على مواجهة كل مشــكلات الإدارة التقليدية والقضاء عليها (المسعودي، ٢٠١٠).

ويؤدي اســتخدام التقنيــات الرقمية الحديثة والشــبكات الإلكترونية إلى تطوير العمل الاداري، ورفــع كفاءة وإنتاجية الإداريين والعاملين بالمؤسســات، وتقديم الخدمات في زمن قيــاسي وبأقل جهد ممكن. وقد اســتفادت الأجهــزة الحكومية من التقــدم التكنولوجي وثــورة المعلومــات التي اجتاحت العــالم وذلك بإنشــاء مشروعات الحكومــة الإلكترونية (E-Government) التــي بدأت منذ عــام ١٩٩٩م في كل من الولايــات المتحدة والمملكة المتحــدة وبعدها في مختلــف دول العالم ومن ضمنها بعض الــدول العربية. وقد وظفت هذه الدول شبكة المعلومات الإلكترونية في إنجاز الأعمال التي تتم بين الوحدات الحكومية، وكذلك في إنجاز التعاملات التي بينها وبين الجمهور المستفيد من خدماتها. وهذا بدوره أثر على التنظيم وتصنيف الوظائف لتلك الأجهزة الحكومية، وذلك بإجراء تغييرات في مستويات واختيار وتصميم الهياكل التنظيمية من خلال اســتبدال الهياكل التنظيمية الطويلة بهياكل مســطحة، وإعادة صياغة واجبات الوظائف المستحدثة في تلك الأجهزة الحكومية، وإنشاء تقسيمات تنظيمية جديدة، واستحداث وظائف لم تكن موجودة في السابق (محمد، ٢٠٠٧).

وقد تزايد اســتخدام التكنولوجيا في المجال الطبي نتيجة للتطور المتلاحق في الإبداعات التكنولوجيــة التــي يعتمد عليها تشــخيص وعلاج الأمراض. وتشــير التقنية المســتخدمة (technology) إلى مدى المعرفة وأســاليب العمل والأجهزة والأفعال والأنشطة المستخدمة في تحويــل المدخلات إلى مخرجات مــن الخدمات التي تهدف إلى إشــباع حاجات العملاء (الأحمــدي، ١٤٣٣). من ناحيــة أخرى يطــرح Seneviratne (١٩٩٩) رأياً على جانب من الأهمية يتعلق بتأثير التقنية المعلوماتية على التنظيم البيروقراطي الذي يعتمد على منطق الســيطرة والرقابــة والتحكم وتحديد التخصصــات داخل الهرم الإداري ومركزية الســلطة ويتصف ببطء نقل المعلومات وثبات المتطلبات المهارية. إن الافتراضات الحالية للبيروقراطية محل تســاؤل وشك في قدرتها على اســتيعاب إمكانات الاتصال وتقنية المعلومات الحديثة؛

حيـث إن التقدم التقنـي في مجال المعلومات من شـأنه إحداث نقلة نوعيـة في التنظيم البيروقراطي تشمل زيادة سرعة وحجم نقل المعلومات، وتقليل تكاليف العمل، والتغيير في المهارات المطلوبة. هذا بطبيعة الحال يتعارض فلسفياً مع التنظيم البيروقراطي التقليدي.

ويجـب ملاحظة أن طبيعـة التقنية تحدد درجة المركزية في الهيـكل التنظيمي. فعلى سـبيل المثال وجود الحاسـب الآلي وبرامجه المتعددة أدى إلى لامركزية تقنية ووضع التأثير والقوة في أيدي المسـتخدمين، حيث إن التقنية المعلوماتيـة تؤدي إلى تقوية موقف عموم السكان وجعل المنظمات العامة أكثر شفافية وبالتالي استجابة لمتطلباتهم. وقد أشار الشيحة (٢٠٠٤) إلى أن من بين أهم السـمات الإدارية في الدول النامية أن الجهاز الإداري لا يطبق سياسـات تملى عليه من الخارج أي تصنع في البيئة الخارجية للجهاز أو من خلال أنشـطة هيئة سياسية في ظل إطار قانوني، وذلك لعدم وجود الأهداف والإجراءات السياسية، أو أن أصحاب القرار البيروقراطيين أصبحوا من القوة بمكان بحيث يؤثرون على صنع السياسـات العامة مثلهم في ذلك مثل السياسـيين الذين يفترض أن يكونوا مسـؤولين عنهم. إن تنامي اسـتقلالية الإدارة العامة (البيروقراطيـة) عن القانون (أوغياب الأعـراف القانونية) وتدني كفاءة الموظفين يؤدي إلى تقليل الكفاية الاقتصادية بسبب هيمنة مديري العموم وتمسكهم بتنظيـمات بعيدة عن الأهـداف والفرص الحقيقية، وقد أدى طغيان العلاقات الشـخصية على الإجراءات الإدارية إلى إعطاء فرصة أكبر للبيروقراطيين لفعل ما يشاءون؛ مما تسبب في فشـل الإدارة العامة وموظفيها في تحقيق الأهداف والمبادئ المنشودة. كما أشار الشقاوي (١٤٢٣) بأن كفاءة القطاع الحكومي تتأثر بضعف نظم المعلومات وعدم توفرها في الوقت والشـكل الملائم سـواء على المسـتوى الكلي أوالقطاعي، بل إن الأثر يمتد إلى تنمية القطاع الخاص الذي يحتاج إلى المعلومات حتى تكون القرارات التي يتخذها مسـتندة إلى المعرفة الملائمـة. وفي ندوة بعنوان "الرؤية المسـتقبلية للاقتصاد السـعودي" والتـي نفذتها وزارة الاقتصـاد والتخطيط (٢٠٠٢) بالرياض، أكد تريفيدي في ورقته بعنوان "نحو الأداء الأفضل: رؤية لتحسين كفاءة القطاع العام في المملكة العربية السعودية" إلى عدم وجود تنسيق بين الوزارات المختلفة في آلية تنفيذ النظم والإجراءات، كما اقترح في ذلك ضرورة التنسيق فيما بـين الوزارات وسرعة تنفيذ نظام الحكومة الإلكترونية وتعديل النظم والإجراءات بما يقضي على التضاربات بينها أو صدور قرارات تعطل تنفيذ بعض الأنظمة الموجودة.

وعلى الرغم من الفرص الكثيرة والمزايا التي تقدمها تقنية الإدارة الإلكترونية، إلا أن هناك العديد من العوائق التي تعيق تطبيق هذه التقنية ومنها ما يلي:

- اختلاف فلسفة الإدارة الإلكترونية وتوجهاتها عن الإدارة التقليدية، فالهياكل التنظيمية التقليدية تعتبر مقيدة للنشاطات الابتكارية، وهذه النشاطات تتطلب هياكل تنظيمية مفتوحة.
- إن تبني مشروع الإدارة الإلكترونية يستلزم تغييراً في القيادات الإدارية وجعلها قيادات متميزة لديها القدرة على الاستجابة لكل التغييرات التي يشهدها العصر.
- تعد تقنية الإدارة الإلكترونية من أبرز التطبيقات الإدارية الحديثة التي ظهرت في الوقت الحالي مرتبطة بثورة المعلومات والتكنولوجيا الحديثة. لذا أخذت الدول والمؤسسات تتنافس في تطبيق هذه التقنيات الحديثة وفي إدارتها.
- العقبات الإدارية والمالية والتقنية والبشرية والبيئية الخاصة بالعمل.

وأشارت المسعودي (٢٠١٠) إلى أن الأجهزة الحكومية تواجه عدداً من المعوقات التي تحد من استخدام التقنية وتتمثل في: (١) ضعف مستوى البنية التحتية للاتصالات والمعلومات وضعف كفاءتها، (٢) اختلاف القياس والمواصفات بالأجهزة المستخدمة داخل المكتب الواحد مما يشكل صعوبة بالربط بينها و(٣) عدم وجود وعي حاسوبي ومعلوماتي عند بعض الإداريين. فإذا ما كيفت المنظمة تصميمها البنائي وعملياتها الإدارية بحيث تتوافق مع تكنولوجيا المعلومات فسيكون من الممكن إدراك التأثير الكامل لهذه التكنولوجيا وبالتالي رفع مستوى الكفاءة وتحسين الإنتاجية. ويتوجب على المنظمات التخلص من الإجراءات التقليدية، وإعادة هندسة الهياكل التنظيمية وجعلها هياكل مرنة تستوعب كل تغيير للدخول بقوة إلى مجالات الحياة الإلكترونية. إن البيروقراطيين يعتمدون على احتكار المعلومات للمحافظة على مركز التحكم ومن ثم على قوة التأثير على السياسات العامة. لذا فان الخطوة الأولى والهامة في إحداث نقلة نوعية في العمل الإداري الحكومي في الدول النامية هو كسر هذا الاحتكار للمعلومات وخاصة تلك التي تتعلق بالأداء للمشاريع العامة وتوزيع الخدمات والمنافع (الشيحة، ٢٠٠٤).

٨/١/٢ نظم المعلومات الصحية:

يــأتي الاهتمام بنظم المعلومات باعتبارها نظماً تحليلية تهيئ إمكانيات واســعة للتوقع والتحليل والتخطيط والاستجابة المرنة والفعّالة للتغيرات المحيطة ببيئة العمل مع توفير قواعد بيانــات متجددة تدعم اتخاذ القرار. وبما أن المعلومات تعتبر من الموارد الأساســية للنظم الصحيــة فلا بد لهــذه النظم من تجميع ومعالجة وتخزين كل ما تســتطيع الحصول عليه مــن المعلومات التي تخدم أنشــطتها لكي تحافــظ الأجهزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية على البقاء والاســتمرار، ومن هنا نشــأت الحاجة إلى نظام المعلومات الصحية على مســتوى القطاع الصحي أو على مســتوى الأجهزة وما تحتويه من أنظمة جزئية مثل نظم المعلومات المالية والمحاســبية أو نظم المعلومات الإدارية ونظم مساندة القرارات. وتهدف نظم المعلومات إلى المســاهمة في إدارة الأجهزة بصورة فاعلة ورشيدة، وترشيد عملية اتخاذ القــرارات، وزيادة إمكانيات وقــدرات تلك الأجهزة في التعامل مــع المعلومات ومعالجتها وتخزينها وبثها وتنظيمها في ملفات قواعد البيانات. وزيادة فعالية الاتصال والتنســيق بين الوحــدات التنظيمية في الأجهزة، وزيادة سرعة ودقة وسرية تبادل المعلومات بين الوحدات في تلــك الأجهزة والجهات الخارجية. وعلى الرغــم من أهمية الموارد التقنية إلا أنه لا يزال هناك رفض للاستفادة من هذه الموارد (الشريف، ٢٠٠٤).

ويرجــع الاهتمام الكبــير بأنظمة المعلومات بســبب توحيد مصــدر المعلومات داخل الأجهزة من خلال إنشاء قواعد بيانات موحدة للجهاز ترتبط بشبكة متكاملة داخل التنظيم تسهل لكل الوحدات داخل التنظيم الوصول للمعلومات والمشاركة بهذه المعلومات لتسيير الوظائــف والعمليات، وكذا تتيح لها إمكانية الاســتفادة من مصــادر المعلومات في قواعد المعلومات في الشــبكات العالمية، مما خلق نوعاً من الشــفافية في العمل الإداري، وحد من الســيطرة على المعلومات من قبل الإدارة العليا أو من قبل الوحدات التنظيمية التي توجد فيهــا هذه المصــادر للمعلومات، وأتاح إمكانية الوصول إليها بســهولة مما حد من الروتين في العمــل الإداري، فزاد من تلاحم التنظيم وتكامل أجزائه كوحدة واحدة، ومكن وبشــكل كبير من زيادة القدرة على مراقبة نشاطات ووظائف المؤسسات وفق معايير محددة مسبقاً بحيث إذا ما تم تجاوزها فإن هذه الأنظمة تســتطيع اكتشــاف الانحرافات وتصحيحها أو

التوصية بالتصحيح. كما ساعدت هذه النظم على التوجه نحو لامركزية الإدارة من خلال تفويض الوحدات المختلفة بالصلاحيات الخاصة بإنتاج ومعالجة وبث المعلومات الخاصة بنشاط تلك الوحدات؛ مما مكنها من ممارسة نشاطاتها بصلاحيات أكبر لم تكن موجودة من قبل.

كما يهدف الأساس الإستراتيجي الثاني من إستراتيجية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية إلى توفير نظم وقواعد بيانات صحية وإدارية ومالية حديثة مدعمة بالتقنيات المتطورة، ووضع ذلك ضمن أولويات كل جهة صحية. ورصد الاعتمادات لذلك مع العمل على تطويرها باستمرار والحصول عليها وتنظيم تدفقها على جميع المستويات بما يخدم ترشيد الخدمة وأداءها وزيادة كفاءتها ويدعم عمليات التخطيط والإشراف والتقويم والمراقبة وضمان الجودة والتنسيق بين القطاعات. وعلى الجانب الآخر أدى غياب الإستراتيجية الصحية الموحدة والثقافة المعلوماتية، وغياب التشريعات القانونية، وتخلف الإدارة العليا إلى مقاومة وضع النظم المحوسبة في الأجهزة الحكومية الصحية، كما أنها تفتقد إلى الجانب التطبيقي في مجال تصميم وتنفيذ وتشغيل النظم المخطط لها وتضارب الإستراتيجيات الفرعية.

وقد أسهمت نظم المعلومات في الحد من المركزية من خلال دورها الكبير في معالجة المعلومات لا مركزياً. كما ساعدت نظم المعلومات المحوسبة وقواعد بياناتها على حفظ الكم الهائل من المعلومات وبالتالي اكتشاف الأخطاء في الجهاز واكتشاف المتسببين فيه ومن ثم محاسبتهم. كما أسهمت في دعم اتخاذ القرارات في الأجهزة والتنسيق بين الوحدات التنظيمية داخل الجهاز للحد من تداخل المهام والاختصاصات من خلال استخدامها لقنوات الاتصال عالية الكفاءة.

٩/١/٢ أسباب التداخل في الاختصاصات:

يحصل التداخل في الصلاحيات بين الأجهزة الحكومية لأسباب عديدة، من بينها ازدواجية التشريعات واختلافها، وتشابه أعمال بعض الأجهزة وغموض الصلاحيات والمسؤوليات. ويحدث التداخل في نطاق تقديم الخدمة ونوعية المستفيدين من الخدمات مما ينتج عنه

تشابك في السلطات وعند وجود قصور في وضع قوانين تعالج بعض المشكلات المهمة. حيث يرى العبد الجادر (٢٠٠٨) أن التشـابك وتداخل الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية يتمثل في التالي:

١- تكرار الإجراءات والنماذج الحكومية والمستندات المطلوبة من المواطنين لإتمام معاملاتهم مما ينتج عنه البيروقراطية.

٢- ضياع وقت طويل ومتطلبات كثيرة من جهة حكومية لإنجاز معاملات المواطنين.

٣- ظهور الفساد الإداري نتيجة لتداخل الاختصاصات وتضارب المصالح.

وفي دراسـة بعنوان «الإطار القانوني والمؤسـسي لمكافحة الفساد الإداري في مصر» يشير حسـن (٢٠١٠) إلى مشكلة تعدد الأجهزة الرقابية في مصر وتداخل الاختصاصات فيما بينها بشـكل كبير، حيث تتعامل كل جهة من تلك الجهات دون وجود أي تنسـيق مشـترك مما يشـكل عبئاً كبيراً عـلى الجهات الخاضعة لرقابـة هذه الأجهزة، فضلاً عـن الإرهاق الذي تتعـرض له الجهات الإدارية الخاضعة للرقابة حتى يمكـن القول بأن موظفي تلك الجهات يكادون يتفرغون لإعداد البيانات والإحصائيات اللازمة للجهات الرقابية منصرفين عن الدور الأسـاسي للوحدات الإدارية في زيادة الإنتاج وتحسين معدلات الأداء وغيرها. ودعا الباحث إلى ضرورة التدخـل التشريعـي لتحديـد اختصاصات الجهات الإدارية بشـكل يحول دون تداخـل الاختصاصات ومنـح الجهات الرقابية الحصانات والامتيـازات التي تمكنها من أداء دورها على الوجه الأكمل دون تأثير من الجهات الأخرى. وأوصت الدراسـة بالتنسـيق بين اختصاصات الأجهزة الرقابية إما بالتدخل التشريعي أو من خلال إنشاء هيئة عليا للتنسيق بين تلك الأجهزة مع الاهتمام بالتدريب المتواصل لأعضاء الأجهزة الرقابية على أحدث النظم الرقابيـة في ضـوء الخبرات المحلية والدولية، وتزويد تلك الأجهزة بأحدث وسـائل كشـف وتعقب الفساد.

وأرجع العبد الجادر (٢٠٠٨) أسـباب التداخـل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية إلى التالي: (١) مراسـيم وقوانين إنشـاء أو استحداث الأجهزة والهيئات الحكومية (٢) تغيير الـوزراء وعلى فترات قصيرة وكل وزيـر لديه رؤية لتعديل اختصاصات الوحدات التنظيمية والهيكل الإداري (٣) التعديل على الهيكل التنظيمي وإنشاء وحدات إدارية جديدة وتحديد

اختصاصاتهـا دون أخذ موافقة مـن الجهات العليا. (٤) كثرة اللجـان وفرق العمل وعدم وجود خبراء ومستشارين.

كما أشـار الشـقاوي (١٤٢٣هـ) إلى أن المصالح الحكومية تتمثل في الوزارات التي تقوم بالدور الأساسي للدولة مثل الأمن والدفاع والقضاء والتعليم والصحة. وتخضع هذه الوزارات لنظام الخدمة المدنية والنظم العسكرية ولا تتمتع بالاستقلال المالـي أو الإداري، كما تخضع للمعايـير الرقابية واللوائح المالية المتبعـة في الحكومة. ويتم تمويل مصروفاتها من ميزانية الدولـة، وما تحققه من إيرادات يتم توريده لخزانة الدولة. أما المؤسسـات العامة فتقوم بإدارة بعض النشـاطات الاقتصاديـة والاجتماعية والثقافية والتـي لا يمكن أن تدار بنفس الطريقة التي تدار بها المهام التقليدية التي تقوم بها المصالح الحكومية. هذه المؤسسـات قصد مـن إنشـائها أن تعمل على تحقيق المصلحة العامة وفق معايير الكفاية والفعالية في الأداء. وتتميز هذه المؤسسـات بأنها تتمتـع في إدارتها لهذه النشاطات بشخصية اعتبارية مسـتقلة عن شـخصية الدولة، ولها ميزانيتها المسـتقلة، إلا أن هذا لا ينفـي رقابة الدولة علـى هـذه المؤسسـات. مثال ذلك المؤسسات الاقتصادية والمؤسسات الخدمية والمؤسسات الاستثمارية والتمويلية والمؤسسات التعليمية والتدريبية والاستشارية.

كما أشار كايد (١٩٩٩) في تقرير له بعنوان « الترهل الإداري وتداخل الصلاحيات والتضخم الوظيفي تطغى على مؤسسـات السلطة الفلسطينية» إلى معاناة المرافق العامة في السلطة الوطنية الفلسـطينية من غياب التنظيم وتداخل كبير في الصلاحيات، وأرجع ذلك إلى وجود تضخم وظيفي في الجهاز الحكومي بسـبب غياب الهيـاكل التنظيمية وتعدد مراكز القوى أدى إلى تعدد الوظائف العليا وكثرة عدد شـاغليها، وكثرة المستشـارين، وتوظيف أشخاص عـلى كادر معـين ومراكز قوى تتجاذب الصلاحيـات في العديد من الوزارات والمؤسسـات والأجهزة. كما ذكر بأن ضعف التنسيق والتعاون والتوظيف العشوائي والقرارات المتضاربة والتخطيط المفقود وتشـابه أعمال بعض الأجهزة وغموض صلاحياتها ومسئولياتها واختلاف أو غيـاب التشريعـات التي تنظم وتوزع الاختصاصات بين الأجهـزة كان له الدور الأكبر في وقوع التداخل في الصلاحيات.

وأشـار الغنام (٢٠١١) إلى أن التغـيرات المتلاحقة للنظم الاقتصادية يتسـبب في الكثير

مـــن التعديلات والتغيرات في أدوار الإدارة العامة وهياكلها التنظيمية فيظل الجهاز الإداري يلهـــث وراء هـــذه التغييرات؛ مما يقلل على المـــدى الطويل من كفاءتـــه الإدارية. ويؤدي تضخم الجهاز الإداري بزيادة حجم المنظمات والأجهزة والإدارات وعدد العاملين بشكل غير مبرر إلى تداخل الاختصاصات والتكرار والروتين. ويرجع تضخم الجهاز الحكومي للأســـباب التالية: (١) تضخم مهام الجهاز الحكومي (٢) استخدام التوظيف الحكومي كآلية ووسيلة للتشغيل ســـواء لاســـتيعاب جزء من فائض العمالة أو التخفيف من حدة البطالة المتنامية (٣) سياســـة التعيينات وعدم تقيدها بوصف وظيفي واضح للمهام وللمحددات والشروط المهنية لشـــغلها (٤) وجود عدد كبير من المؤسســـات العامة يعاني من إشـــكاليات مختلفة تتعلق بطريقة تشكيلها، اختصاصاتها، الرقابة عليها وعلاقتها بغيرها من المؤسسات الرسمية التي تتقاطع أو تتداخل معها في المهام والمسؤوليات.

كما أشار القحطاني (١٤٣٤هـ) إلى أن القطاع الإداري في المملكة العربية السعودية يواجه الكثير من المشكلات والعقبات التنظيمية ومن أهمها:

١- الازدواجية والتشتت في الأعمال والخدمات، مما يؤدي إلى ظهور ظاهرة التضخم الوظيفي وزيادة تكلفة المشروعات والخدمات.

٢- بطء الإجراءات وعدم مواكبتها لتطور الأعمال التنموية مع اتجاه المسؤولين نحو المركزية الشديدة في اتخاذ القرار.

٣- عدم الاســـتعانة بوســـائل التقنية الحديثة في إنجاز الأعمال بالقدر الذي يؤدي إلى زيادة العائد وسرعة كفاءة الخدمات.

٤- النقص في القوى المدربة في العديد من المشروعات التنموية الرئيسية.

٥- تدني مســـتوى الاســـتفادة من الموظفين المؤهلين بسبب اتباع الإجراءات البالية والمركزية الزائدة.

وقد تناول آل زاهر (١٩٩٥) في رسالة ماجستير بعنوان «سياسة التطوير الإداري بالمملكة العربية الســـعودية: دراســـة تحليلية من خلال المداخل الرئيسية للتنمية الإدارية» مداخل التنميـــة الإدارية كإطار تحليلي للتعرف عـــلى دور أجهزة التطوير الإداري (الأجهزة المركزية للتنميـــة الإدارية في المملكة) وتقويم مســـاهمتها في مجال التطويـــر، ومدى توافر الدعائم

الأساسية للتطوير الإداري في كل جهاز. وتوصلت الدراسة إلى نتائج أظهرت أن هناك تأثيراً سلبياً للتحديات التي تواجه الجهاز الإداري والمتمثلة أساساً في زيادة أعبائه وما لذلك من تأثير على جهود التطوير، إضافة إلى وجود العديد من العوامل السلبية التي يعاني منها الجهاز الإداري بصفة عامة كنقص الكفاءات البشرية اللازمة لعملية التطوير وعدم الاستقلالية ووجود الكثير من التداخل والازدواجية بين أجهزة التطوير الإداري وضعف التنسيق والتعاون فيما بينها، الأمر الذي انعكس على نتائج برامج التطوير الإداري، كما أشارت الدراسة إلى وجود ضعف في مشاركة الأجهزة الحكومية في خطط التطوير الإداري، وذلك لأن المنهج المتبع في جهود التطوير يميل إلى اتباع المدخل الجزئي الذي يسعى إلى علاج مشاكل محددة في وقت بروزها أي أن العلاج يكون وقتياً، علاوة على أن هذا المدخل لا تخرج اهتماماته عن تنمية القوى العاملة وبعض النواحي الفنية في التنظيم، وهو ما لا يحقق الفعالية المطلوبة في جهود التطوير الإداري.

وقد أجرى العودة (١٩٩٩) دراسة هدفت إلى محاولة التعرف على جزء مهم من وحدات التطوير الإداري في الأجندة الحكومية من خلال التعرف على واقع وحدات التطوير الإداري في المؤسسات العامة. وقد استخدمت الدراسة المقابلة الشخصية والاستبانة حيث تم إجراء مقابلات شخصية مع عدد من المسؤولين في المؤسسات العامة وبعض أجهزة التنظيم المركزية، كما تم تصميم استبانتين إحداهما موجهة إلى جميع مفردات الدراسة من مديري الوحدات المنوطة بمهام التطوير الإداري في جميع المؤسسات العامة، وعددهم (٢٦) مديراً. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: (١) أكد غالبية المسؤولين في المؤسسات العامة وأجهزة التنظيم المركزية على وجوب تطبيق قرار اللجنة العليا للإصلاح الإداري رقم (١٩٢) في المؤسسات العامة وذلك بإنشاء وحدات للتطوير الإداري فيها، (٢) وجود تجاوب نسبي في المؤسسات العامة مع قرار اللجنة العليا للإصلاح الإداري القاضي بإنشاء وحدات التطوير الإداري تكون معنية بمهام التدريب والتنظيم في تلك المؤسسات، (٣) تتمتع وحدات التطوير الإداري والوحدات المنوطة بمهام التدريب والتنظيم في معظم المؤسسات العامة بمستويات تنظيمية مناسبة من حيث التنظيم الإداري، (٤) يوجد تداخل في أدوار الوحدات التي تقوم بمهام التطوير الإداري في المؤسسات العامة، وما تقوم به الوحدات الإدارية الأخرى، (٥) تمارس وحدات التنظيم الإداري مهامّ لم ينص عليها قرار اللجنة العليا للإصلاح الإداري، (٦) تعاني

وحدات التطوير الإداري في المؤسســات العامة من وجود عــدد من الصعوبات المتمثلة في بعض الجوانب البشرية والتنظيمية والتي قد تحد من فعالية دورها.

١٠/١/٢ سبل التعامل مع التداخل في الاختصاصات:

إن مواجهة التضارب أو التداخل في الاختصاصات بين الهيئات الحكومية تختلف باختلاف الخدمة المقدمة وطبيعة الجهة المسؤولة عن تقديمها؛ ذلك لأن بعض الخدمات يتم تقديمها بسلاسة ودون مجهود كبير ومن هذه النماذج إنهاء إجراءات التأمين الطبي (بدوي، ٢٠١٢). إن عمليــة الحد من التداخل في مهام واختصاصــات الأجهزة الحكومية، تعتبر عملية مهمة جداً وســتؤدي حتماً إلى تبســيط إجراءات الخدمــات المقدمة للجمهــور، وتطوير الجهاز الوظيفــي، وتوجيه الأجهزة الرقابية للعمــل بالرقابة بالأهداف بدلاً من الرقابة بالإجراءات، وتبني سياسة تقديم الأجهزة الحكومية لخدمة متكاملة وتبني الضوابط الخاصة بالشفافية (الكبيسي، ٢٠١٣).

وقد أوضح Vance (٢٠١٢) بأن معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية تعتبر مســئولية الحكومة وليست مسؤولية الأفراد ولا مؤسسات الأعمال، واقترح بأن تصدر الدولة قانوناً خاصاً بالتنســيق لقوانين الأجهزة وتنظيماتها وتنفيذ تلك التنظيمات بالإضافة إلى قرار التنظيم. وأشار بأن الولايات المتحدة الأمريكية أصبحت غير منافسة بسبب تداخل الاختصاصات في الأجهزة الحكومية والقوانين والأنظمة والقواعد المتعارضة. ويجب أن يتم التنسيق بين الأجهزة من خلال الآلية التالية:

١- على الأفراد أن يتعاملوا مع جهاز واحد فقط في أي نشــاط قانوني مســموح به ومنظم، وأن يكــون تعاملهم مع نقطة اتصال مفردة داخل الجهاز تتمتع بمراقبة جميع القوانين والقواعد والأنظمة لهذا النشاط.

٢- أن تكون نقطة الاتصال المفردة مسؤولة عن التأكد ولدرجة قصوى معقولة بأن ما يخص الأجهزة الأخرى في النشاط قد تم أخذه في الحسبان.

٣- أن يكــون لدى نقطة الاتصال المفردة الصلاحية في الحكــم والوصول إلى نتائج وقرارات وإدخــال أوامر ومعالجة الطلبات ورفض الأســباب أو القضايا ضد الأفراد ومؤسســات

الأعمال وصلاحية السماح والتفاوض مع الأفراد ومؤسسات الأعمال نيابة عن حكومة الولايات المتحدة الأمريكية.

٤- لا يحق لأي وزارة أو جهاز داخل الحكومة بأن يكون لها نفوذ لتحدي النتائج والقرارات المحسومة في أي شأن تم استبعاده من قبل نقطة الاتصال المفردة.

٥- بإمكان الأفراد ومؤسسات الأعمال تحدي قرارات الأجهزة أو الوزارات إذا تم إثبات خلل في الإجراءات القانونية.

ونجد أن جميع المؤتمرات والندوات وحلقات العمل والدراسات والأبحاث ذات العلاقة بموضوع الإصلاح والتطوير الإداري من أولى توصياتها تحديث الهياكل التنظيمية، وإعداد الأدلة التنظيمية التي تحدد الواجبات، والمسؤوليات، وخطوط السلطة، ومنع الازدواجية والتضارب في الاختصاصات (العامري، ٢٠٠٥). وبحسب محمد (٢٠٠٢) فإن الأجهزة الحكومية عند فشلها في تنفيذ البرامج الموكولة إليها تلجأ إلى إعادة التنظيم بهدف تحسين الأداء، وتقوم الدولة بمعالجة عيوب التنظيم الحكومي من خلال إعادة التنظيم التي يعتقد الإصلاحيون أنها أفضل طريقة لجعل الأجهزة الحكومية أكثر بساطة وأقل تكلفة وأكثر كفاءة. وقد طرحت بعض الدراسات العلمية والتقارير الحكومية مجموعة من التوصيات والمقترحات للحد والتقليل من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية، ومن ذلك ما ذكره العبد الجادر (٢٠٠٨) حيث اقترح مجموعة من التوصيات لتقليل التشابك في الاختصاصات في دولة الكويت، وهي:

١- إنشاء لجنة رئيسة لفك التشابك في الاختصاصات تتكون من جهاز متابعة الأداء الحكومي وديوان الخدمة المدنية وممثلي الأجهزة الحكومية المعنية لتحديد نوعية التشابك وأسبابه وأثره.

٢- تشكل اللجنة الرئيسة فرق عمل فرعية تتكون من المختصين بديوان الخدمة المدنية والأجهزة الحكومية المعنية وخبراء ومستشارين للقيام بدراسة وتحليل ووضع التوصيات والمقترحات اللازمة لفك التشابك ورفعها للجنة الرئيسة.

٣- صدور قرار من مجلس الوزراء موجهاً للجهات الحكومية بعدم التعديل أو التغيير في الهياكل التنظيمية والاختصاصات إلا للضرورة وبعد أخذ موافقة ديوان الخدمة المدنية

وكذلـك تعليمات للجهات الحكوميـة بالتعاون مع اللجنة الرئيسـة وفرق العمل لفك التشابك.

٤- وقف إنشـاء أو اسـتحداث أجهـزة أو هيئات حكومية جديـدة إلا للضرورة وبعد أخذ موافقة ديوان الخدمة المدنية واعتماد مجلس الوزراء.

كما أشـار بدوي (٢٠١٢) إلى أن وجود جهة أو شـبكة موحدة تكون مسـؤوليتها الربط بين جميع الأجهزة الصحية الحكومية والشركات المعنية بتقديم خدمات للمواطنين سـوف يسـهم بدرجة كبـيرة في الحد من أي تضارب يحدث في إنهاء معاملات المواطنين وتسـهيل الإجـراءات عليهم من خلال تأسـيس فكرة اللامركزية. ولذلك فـإن هناك حاجة دائمة إلى تبسـيط الإجراءات وأن يتم إنهاء معاملات المستفيدين إلكترونياً وتوحيد المعاملة الواحدة بين الجهات المختلفة في شبكة تكون من صلاحيتها التنسيق بين الجهات المعنية.

وفي رسـالة الماجسـتير بعنـوان «الاختصاص ومجتمـع الأمة الأولى والرعايـة الصحية» للباحثـة (Cook 2003) والتي هدفت إلى توثيق نظم تقديـم الرعاية الصحية التي تقدم الخدمـات لمجتمعات الأمة الأولى في كندا، واسـتعراض العوامل التي تؤثر في الحصول على الخدمات الصحية ضمن سياق سياسات تاريخية ومعاصرة. حيث استعرضت الباحثة وثائق السياسـة العامة ومواد المحفوظات ذات الصلة لتوثيق كيف أثرت مسائل الاختصاص على مستوى الحكومة الاتحادية ومستوى المقاطعات على قدرة مجتمع الأمة الأولى على الوصول إلى الخدمات أو تقديمها. واسـتخدمت الباحثة المقابلات الشخصية مع صانعي السياسات والعاملين في مجال الرعاية الصحية لتوثيق وجهات نظرهم بشأن الاختصاص. واستخدمت الباحثـة عدة حـالات اثنوجرافيـة (ethnographic case studies) للتعرف على الحواجز الحقيقيـة أو المتصورة في الوصول إلى الخدمة أو الثغرات في خدمة مجتمعات الأمة الأولى، والعلاقة بالاختصاص. وقد بينت الدراسة قضايا بارزة في مجال الاختصاص، وبعض الأسباب المحتملة لعدم التوصل إلى حل لغموض الاختصاص. وتبين من خلال المقابلات الشـخصية واسـتعراض وثائق السياسات الآثار الحاسـمة المترتبة على الغموض في الاختصاص والنتائج المترتبـة عليـه ذات العلاقة بالحالة الصحيـة لمجتمعات الأمة الأولى. ويعد حل المسـائل المتعلقة بالاختصاص في مجال الرعاية الصحية والبرمجة الاجتماعية عاملاً رئيسـياً في تعزيز الحالة الصحية لمجتمعات الأمة الأولى.

١١/١/٢ المنظمات الصحية:

المنظمة هي «وحدة اجتماعية منســقة بوعي، مكونة من فردين أو أكثر وتعمل بصورة مستمرة نسبياً لتحقيق هدف مشترك أو مجموعة من الأهداف» (الأحمدي، ١٤٣٣). ويعتمد تصنيــف المنظمات على طبيعة المنظمة والخصائص التي يتم على أساســها التصنيف. وأكثر التصنيف شــيوعاً هو التصنيف التقليدي مثل تصنيــف المنظمات إلى منظمات ربحية وغير ربحيــة، أو تصنيفها تبعاً لقطاعاتها الاجتماعية مثــل المنظمات الصحية، والتعليمية وهكذا. وقــد تندرج منظمة بذاتها تحت أكثر من تصنيف، فالمستشــفى الحكومي مثلاً يدار بتفكير اقتصــادي يحقق عنصري الجــودة والكفاءة مما يجعله يحقق فائضاً مالياً في ســنة ما، على الرغم من أن طبيعة المستشــفى لا تهدف للربح. ويمكن تصنيف المنظمات على عدة أسس ومعايير وخصائص مثل طبيعة النشــاط، والهدف منه، وحجمه، والمســتفيد منه والخصائص التنظيمية للمنظمة وملكية المنظمة. فعلى سبيل المثال منظمات القطاع العام هي المنظمات التي تمتلكها وتديرها الحكومات ســواء كانت تهدف للربــح مثل قطاع الأدوية أو لا تهدف للربح مثل المستشــفيات والمؤسســات التعليمية والاجتماعية. وتقوم المنظمات العامة على أهــداف متعددة أو أهداف غير محددة بدقــة، ولا يحتل هدف احتواء التكلفة على أهمية من بين هذه الأهداف، وتتحكم عادة فيها إدارة عليا أو سياســة أكثر مما يتحكم فيها نظام السعر والسوق. وتعمل تلك المنظمات في حدود ميزانية قائمة على تقديرات مسبقة وإدراك المســئولين في المســتوى الأعلى. وتفتقد تلك المنظمات تقييمات واختبارات الكفاءة في أداء عملياتها، إذ الروتين والنظم والإجراءات القانونية عناصر تحد من كفاءة ومرونة عملية اتخاذ القرارات واجراء التعديلات اللازمة في المنظمات العامة (الأحمدي، ١٤٣٣).

كما تعرف الخدمات الصحية بأنها الخدمات المقدمة للمريض منذ وصوله إلى المستشفى أو المركــز الصحــي إلى غاية خروجه منــه، والتي يهدف من ورائها إلى تحســين صحة الفرد وإعادتهــا إلى حالتها الطبيعية (البواردي والمقرن، ١٤٣٥هـ). وقد أشــار الأحمدي (١٤٣٣) إلى أنه عند التعرض لموضوعات مثل الرعاية الصحية والصحة ونظام تقديم الرعاية الصحية ومكوناتــه المختلفة (المــرضى، الأطباء، التمريض، المنظمات الصحيــة، الإدارة الصحية) نجد أنفســنا أمام موضوعات متشــابكة ومعقدة متعددة الأبعاد؛ فهي متشــابكة لأنه لا توجد

صحة بدون رعاية صحية يقدمها نظام صحي مناسب ومحدد، وهي معقدة لأن التعريفات والقياسات المحددة للصحة غير بسيطة وغير مطلقة. وهي متعددة الأبعاد لأن موضوع الصحة يتأثر بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية والتكنولوجية والسمات الفردية للإنسان.

ويعتبر مفهوم جودة الخدمة في مجال الخدمات التي تقدمها الأجهزة الحكومية هو مفهوم مجرد يصعب تعريفه أو إخضاعه للقياس، وذلك انطلاقًا من عدم دقة نتائج التقويم والقياس الذي يعتمد على المعايير غير الكمية (ملكاوي، ٢٠١٣). كما أشار النظاري (٢٠٠٠) إلى وجود صعوبة في قياس أداء أية منظمة حكومية بسبب طبيعة الخدمات الحكومية التي يصعب إخضاعها للقياس الكمي وتعدد وتعارض الأهداف والأولويات، حيث يوجد للمنظمات الحكومية أهداف متعددة في الوقت الذي يوجد هدف محدد لكل منشأة خاصة، وبالتالي فإن تعدد الأهداف في الوحدة الحكومية يضيف إلى صعوبة قياس الأداء، وذلك بعدم إمكانية تحديد الوزن الذي يعطى لكل هدف من الأهداف المتعددة. ونظراً لغياب معايير ومقاييس دقيقة لإنتاجية الأجهزة الحكومية فيمكن الاستدلال على انخفاض الإنتاجية بالتالي: (١) كثرة التغييرات في الهياكل التنظيمية واستحداث وحدات جديدة دون أن يكون ذلك مبنيًا على الحاجة التنظيمية أدت إلى تكرار العمليات الإدارية وتعقيد الإجراءات وزيادة عدد العاملين. (٢) افتقار الكثير من الأجهزة الحكومية إلى وسائل التقنيات الحديثة في أداء أعمالها. (٣) غياب الدراسات لمعرفة المعوقات وتحديد مجالات تحسين وتطوير الأداء.

١٢/١/٢ خصوصية القطاع الصحي:

أشار نصيرات (٢٠٠٨) إلى أن القطاع الصحي يتميز عن غيره من القطاعات الخدمية الحكومية بالتالي: (١) تعدد المؤسسات الصحية والجهات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية مما يتطلب مداخل إدارية مختلفة ومتعددة لا مثيل لها في القطاعات الأخرى، (٢) الطبيعة الفردية للخدمة الصحية، حيث لا بد من أن يتم تخطيط وتكييف وتقديم الخدمات الصحية وفقاً لحاجة كل فرد على حدة، (٣) إن الطبيعة الشخصية والفردية للخدمة الصحية، تجعل العمل اليومي للمؤسسة الصحية مختلفاً ومتشعباً وبالتالي غير

خاضع إلا للقليل من التنميط والقياس، (٤) الدرجة العالية من المهنية والتخصص في القطاع الصحـــي حيث إن الاطباء أكثر العناصر العاملة في المؤسســـات الصحية علماً وتخصصاً، مما يعطيهم نفوذاً وســـلطة كبيرة تجعل العناصر الأخرى من صيادلة وطاقم تمريض مسؤولون أمامهـــم، (٥) الطلب على الخدمة الصحيـــة والحاجة لها يزداد بزيادة التطور الحضاري لأي مجتمـــع، (٦) عدم خضوع الخدمة الصحيـــة لقانون العرض والطلب، حيث إن الطلب على الخدمة الصحية غالباً ما يكون طارئاً وملحاً ولا يمكن تأجيله، ويبقى دائماً أكثر من المعروض.

ومما يميز الخدمة الصحية بأنها ترتبط مباشرة بحياة الإنســـان وصحته ومســـتوى جودة حياتـــه، لذا تأتي عـــلى رأس الخدمات التي تعمل في بيئة ديناميكيـــة نتيجة للتعامل المباشر مع الناس، والبحث عن أفضل الطرق لتلبية ما يحتاجون إليه من خدمات صحية متعاظمة ومتغـــيرة بتغير نمط حدوث وانتشـــار الأمـــراض والتقدم العلمي الهائـــل في المعرفة الطبية ووســـائل التشخيص والعلاج لمكافحة هذه الأمراض (الأحمدي، ١٤٣٣). كما أشار الأحمدي (١٤٣٥) إلى أن المنظمات الصحية تتســـم بارتفاع درجة تعقيد العمل المؤدى فيها وتشـــعبه وتنوع تخصصاتها الطبية والفنية والمساعدة بالقياس إلى المنظمات الأخرى. يضاف إلى ذلك تعدد مستوى المهارة المطلوبة لإنجاز الأعمال في المنظمات الصحية.

١٣/١/٢ الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية:

شـــهد القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية تحســـناً ملحوظاً في الوضع الصحي صاحبه انخفاض معدلات انتشار الأمراض ومعدلات الوفيات، وارتفع متوسط العمر المتوقع عنـــد الـــولادة. وتغير نمط الأمراض في المملكـــة من الأمراض الســـارية إلى الأمراض المزمنة. ويواجـــه قطاع الرعاية الصحية في المملكة العربية الســـعودية حاليـــاً جملة من التحديات، من أهمها تصاعـــد الطلب على خدمات الرعاية الصحية، وتصاعد تكاليف خدمات الرعاية الصحية، واتســـاع مســـاحة وجغرافية المملكة، والتقدم التقني المتسارع في المجال الصحي، وندرة الكفاءات المؤهلة وصعوبة استقطابها، والاعتماد على الميزانية العامة للدولة، والأعباء الصحية لمواسم الحج والعمرة.

وأشـــار الأحمـــدي (١٤٣٣) إلى أنه على الرغم مـــن أن النظام الصحي الســـعودي يملك المقومـــات الكفيلة بتحقيق فاعلية وكفاءة تطبيـــق لامركزية الخدمات الصحية من الناحية

النظرية فيــما يتعلق بالنواحي التشريعية والموارد البشريــة والمالية والتجهيزات، إلا أنه لم ينجح في ذلك لعدم الالتزام بتطبيق الأنظمة الإدارية واللوائح الســائدة في المرافق الصحية مــن قبل المرافق الصحية الحكومية (مراكز الرعاية الصحية والمستشــفيات)، كما أقر بذلك التقرير الســنوي لمجلس الشــورى حيث أقر مجلس الشــورى النظام الصحي للمملكة في عام ١٤٢٣هـ. ويتمتع النظام الصحي الســعودي بمرونة كبيرة في العملية التنظيمية تسهل الإجــراءات المتبعة وتتيح اســتمرار عملية التطوير والتغيير. ويتمثــل ذلك في الصلاحيات الممنوحــة لإقرار اللوائــح التنفيذية التي تتطلبها عملية تقديــم الخدمات الصحية إما عن طريق وزارة الصحة أو عن طريق رفعها لمجلس الشــورى باقتراح تعديل بعض بنود النظام الصحــي. كما أجاز النظام منح وزارة الصحة الصلاحية في تحديد العلاقة بينها وبين فروعها المتمثلة في مديريات الشئون الصحية سواء كانت هذه العلاقة مركزية أو لا مركزية.

وقــد حددت الأجهــزة الحكومية ذات العلاقــة المباشرة بتقديم الخدمــات الصحية في المملكة العربية الســعودية بثلاثة عشر جهازاً حكومياً، كما يوجد العديد من الجهات ذات العلاقــة بالقطــاع الصحي وتؤدي أدواراً غــير مباشرة بتقديم الخدمــة الصحية مثل الهيئة السعودية للتخصُّصات الصحية، والمركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية، والمركز الوطني للطب البديل والتكميلي، والمركز الوطني للمعلومات الصحية. وفيما يلي استعراض ووصف للأجهزة المقدمة للخدمات الصحية في المملكة بشكل مباشر، بحيث يتضمن الوصف محاور الدراسة التنظيمية والتقنية، وهذه الأجهزة هي:

أولاً: وزارة الصحة:

أنشــئت وزارة الصحة عام ١٣٧٠هـ (١٩٥٠) بموجب المرسوم الملكي رقم (٨٦٩٧/١١/٥) وتاريــخ ١٣٧٠/٨/٢٦هـ بعــد أن كانت مديرية عامة للصحة ومقرهــا مكة المكرمة، للقيام بالمهام والمســئوليات الصحية بكافة مســتوياتها والعمل على تطويــر المرافق الصحية. وفي عام ١٣٨٥هـ ظهر أول هيكل تنظيمي للوزارة ثم صدر أول دليل تنظيمي من اللجنة العليا للإصــلاح الإداري عام ١٣٨٨هـ وأدى التوســع في تقديم الخدمات الصحية إلى إعادة النظر فيــه وتغييره، ورفع بذلك مشروع لإعــادة تنظيم الوزارة إلى اللجنـة العليا للإصـلاح الإداري والتــي أصـدرت قـرارها رقـم (١٢٩) وتاريخ ١٤٠٣/٥/٢٠هـ بتنظيم الوزارة واعتماد هيكلها

التنظيمـــي الــذي تم تعديله عام ١٤٠٦هـ بموجب قرار اللجنــة العليا للإصلاح الإداري رقم (١٦٣)، إلا أن هــذا الهيــكل لا يمثــل الهيكل الفعلي المعمول به الآن، حيث تم اســتحداث عدد من الإدارات والإدارات العامة والتي لم تعتمد رســمياً إلى تاريخ إعداد هذه الدراســة، حيث تباشر وزارة الصحة هذا العمل من خلال شــبكة واســعة النطاق من المرافق الصحية تشمل ٢٧٠ مستشفى بسعة سريرية تقارب ٤٠,٣٠٠ سرير، بالإضافة إلى ٢٢٨١ مركزاً للرعاية الصحية الأولية. وتتحمل القطاعات الحكومية الأخرى والقطاع الخاص مناصفة نسبة ٤٠٪ من الخدمات الصحية المقدمة.

كما تعمل وزارة الصحة بمشــاركة الجهات الصحية الأخــرى على توفير خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية الكافية لحجاج بيت الله الحرام والمعتمرين وتحدد الاحتياجات اللازمة لهذه الخدمات، وتشرف على توفيرها من خلال مديريات الشئون الصحية والجهات الصحيــة الأخرى، وتقوم الوزارة بترتيب الإنفاق على هذه الخدمات بما يتفق مع السياســة العامــة بالدولة. وتضع الوزارة عــلى رأس أولوياتها البرامج والاحتياطــات الوقائية اللازمة لحماية البلاد من الأوبئة الوافدة خلال موسم الحج والعمرة. وتتأكد من التزام جميع ذوي العلاقة في الداخل والخارج بتنفيذها.

الجانب التنظيمي لوزارة الصحة:

الهدف العام: رفع المستوى الصحي للمواطنين والقضاء على المشكلات الصحية القائمة.

المهام الأساسية:

١- رســم السياســة الصحية والدوائية وإعــداد الخطط والبرامج الرامية إلى رفع المســتوى الصحي في المملكة وذلك في إطار متطلبات الخطة العامة للدولة في هذا الصدد والعمل على تنفيذ ما يخصها من تلك السياسات والخطط والبرامج بعد إقرارها.

٢- إعداد الخطط والبرامج الصحية والطبية على مستوى الدولة والإشراف على تنفيذها بعد إقرارها.

٣- توفير الخدمات الصحية الوقائية منها والعلاجية بما يكفل رفع المستوى الصحي للمجتمع وسلامته من الأمراض والأوبئة والعمل باستمرار على تحسين هذه الخدمات.

٤- إعــداد الخطط الصحية الهادفة إلى منع انتشــار الأوبئة والأمراض الســارية وخاصة في موسم الحج والمواسم الأخرى والعمل على متابعة تنفيذها.

٥- وضع السياسات العامة والخطط التي تضمن توفر الأدوية المناسبة في المملكة.

٦- القيام بالبحوث والدراســات في المجالات الصحية والطبيــة والعمل على تطبيق نتائجها وتوصياتها بهدف الوقاية من الأمراض وعلاجها ورفع المســتوى الصحي بصفة عامة بين الأفراد جسمياً ونفسياً.

٧- اقتراح الأنظمة واللوائح الصحية والطبية ومراقبة تنفيذها في كافة أرجاء المملكة.

٨- العمل بالتنســيق مع الجهات المختصة عــلى تنمية القوى البشرية في المجال الصحي بما يتلاءم واحتياجات الخطط والبرامج الصحية.

٩- توفــير الخدمات الصيدليــة والدوائية في الوحــدات العلاجية التابعة للــوزارة ومراقبة توزيعها والتصرف بها.

١٠- الإشراف والرقابــة على الخدمات الطبية والعلاجية في القطاع الخاص بما يكفل حســن أدائهــا لمهمتها وتطويرها، وكذلك الإشراف والرقابة على مزاولة مهنة الطب والصيدلة في القطــاع الخاص وغير ذلك من المهن الصحية الأخرى بحيث تتجاوب هذه الخدمات مع الحاجات المحلية وفقاً لخطة وسياسة الدولة وتتكامل مع ما تقوم به الوزارة.

١١- التنســيق والتعاون مع القطــاع الخاص فيما يختص بتوفير خدمــات الضمان الصحي وإعــداد اللوائح المنظمة لذلك؛ بما يضمن توفير الخدمــات الصحية وفقاً لخطة الدولة وتتكامل مع ما تقوم به الوزارة.

١٢- التنســيق والتعــاون مع الجامعــات والــوزارات والمصالح الحكوميــة الأخرى المهتمة بالمجــالات الصحية والطبية بما يخدم تحقيق سياســة وخطة الدولة الصحية ويرفع من مستوى الخدمات المقدمة ويعمل على نشرها في كافة أرجاء المملكة.

١٣- العمل والتنســيق مع الجهات المعنية لتوثيق الصلات في المجالات الصحية والطبية مع الدول الشقيقة والصديقة ومع الهيئات الإقليمية والدولية ذات العلاقة بهذه الأمور.

المسئوليات والصلاحيات:

جـرت العادة عـلى إصدار قـرار وزاري بعد صـدور الميزانية من كل عـام مالي يحدد الصلاحيات الإدارية والمالية لمختلف المسـئولين في ديـوان الوزارة وفي المناطق على اختلاف مستوياتهم التنظيمية. ويحتوي قرار الصلاحيات على تسع عشرة مادة وهي كما يلي:

المـادة الأولى: وتحدد صلاحيـات وكلاء الوزارة ومستشـار الإدارة الصحية أو من يقوم مقامهم.

المادة الثانية: وتحدد صلاحيات مدير عام مدينة الملك فهد الطبية أو من يقوم مقامه.

المادة الثالثة: وتحدد صلاحيات مدير عام الشئون الإدارية والمالية أو من يقوم مقامه.

المـادة الرابعة: وتحدد صلاحيات وكلاء الوزارة المسـاعدين والمـشرف العام على إدارة اقتصاديات الصحة وعلى إدارة المراكز الصحية ومدير عام مكتب الوزير.

المادة الخامسـة: وتحدد صلاحيات المشرف العام على مستشفى الملك خالد التخصصي للعيون.

المادة السادسة: وتحدد صلاحيات مديري الإدارات العامة في ديوان الوزارة.

المادة السابعة: وتحدد صلاحيات مديري الإدارات في ديوان الوزارة.

المادة الثامنة: وتحدد صلاحيات مديري عموم الشئون الصحية بالمناطق.

المادة التاسعة: وتحدد صلاحيات مديري إدارات الشئون الصحية بالمحافظات.

المادة العاشرة: وتحدد صلاحيات مديري المستشفيات.

المادة الحادية عشرة: وتحدد صلاحيات مديري مستشفيات برنامج التشغيل الذاتي.

المادة الثانية عشرة: وتحدد صلاحيات الملحقين الصحيين السـعوديين في كل من أمريكا، ألمانيا، بريطانيا والقاهرة.

المـادة الثالثـة عشرة: وتحدد صلاحيـات مديري مكاتب التوظيـف في كل من الفلبين والهند.

المادة الرابعة عشرة: وتحدد حدود صلاحية تفويض الصلاحيات والبنود المستثناة التي لا يمكن تفويضها.

المادة الخامسة عشرة: تتكون من بندين وهما:

١- يحدد من يقوم بعمل وكلاء الوزارة في حالة غياب أحدهما أو في غيابهما معاً.

٢- يحدد من يقوم بعمل مستشار الإدارة الصحية المشرف العام على الشئون المالية في حالة غيابه.

المادة السادسة عشرة: وتتكون من البنود التالية:

١- يحدد من يقوم بعمل مدير عام الشئون الإدارية والمالية في حالة غيابه.

٢- يحدد من يقوم بعمل وكيل الوزارة المساعد للطب العلاجي والوقائي في حالة غياب كل منهم أو غيابهما معاً.

٣- يحدد من يقوم بعمل وكيل الوزارة المساعد للتخطيط والبحوث ووكيل الوزارة المساعد لإعداد وتطوير القوى العاملة في حالة غياب كل منهما أو غيابهما معاً.

٤- يحدد من يقوم بعمل وكيل الوزارة المساعد لشئون المختبرات وبنوك الدم في حالة غيابه.

المادة السابعة عشرة: وتحدد الأمور المستثناة من الصلاحيات السابقة والخاضعة لموافقة معالي الوزير الكتابية.

المادة الثامنة عشرة: وتنوه بضرورة تقيد جميع المسئولين ومنسوبيهم بالتسلسل الوظيفي وعدم تجاوز مراجعهم.

المادة التاسعة عشرة: وتحدد هذه المادة حدود وفترة صلاحية هذا القرار.

تقنية المعلومات في وزارة الصحة:

تمتاز وزارة الصحة بهيكلها التنظيمي الضخم وهو جامد لا يواكب التطورات في مجال نظم المعلومات وتقنياتها، وبسبب ذلك لم يُحدِث وضع نظام المعلومات أي تغيير في الهيكل التنظيمي سوى أنه زاد في استحداث وحدة تنظيمية تختص بإدارة المعلومات وعمليات الاتصال داخل الوزارة. كما أن نظام المعلومات في الوزارة، يتميز بهيكل ضخم جداً حيث

يحتــوي على عدد كبير من أنظمة المعلومات الجزئية وهــي أنظمة متخلفة أغلبها مازالت يدوية وحتى الأنظمة التي تم إدخال الحاســب عليها يقتصر اســتخدامها على أعمال خزن واســترجاع المعلومات وبصورة محدودة، والاتصال فيما بين هذه الأنظمة محدود إلى درجة كبيرة ولم يعمل على تفعيل واســتخدام وســائل الاتصال الحديثة رغــم توفر كم هائل من الإمكانيات والتجهيزات.

ومــن العقبات التي تواجــه تطبيق نظم المعلومات الصحية الموحــد وجود الازدواجية الكبيرة وســوء التنسيق في تنفيذ مشــاريع نظم المعلومات، فهناك أكثر من جهة تعمل على تنفيذ نظم معلومات في مناطق مختلفة سواء داخل الوزارة أو خارجها وحتى على مستوى الموجود داخل الوزارة، يوجد تداخل كبير مما يتسبب في إحداث نوع من الخلل والتناقض في مصدر المعلومات، يضاف إلى ذلك الهدر الكبير للإمكانيات والموارد التي كان يمكن تسخيرها لتحديــث وتطوير وتعميم الأنظمة الموجودة حاليــاً. ومما هو ملاحظ أن نظام المعلومات الصحي ينقصه الانسجام والتكامل بين أجزائه وخصوصاً في أداء المهام بين مديريات الشئون الصحيــة، كما أنــه لا يمتلك نظاماً واضحــاً ومتكاملاً للتغذية العكســية لمعرفة الانحرافات الحادثة بسبب الصراعات التنظيمية.

ثانياً: وزارة التعليم:

تســهم وزارة التعليــم ممثلة بالجامعات عن طريق برامجهــا وكلياتها الطبية والصحية ومستشــفياتها، بتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية والمتخصصة إلى جانب قيامها بإجراء البحــوث الصحية الضرورية فضلاً عــن تنفيذ برامج التعليم والتدريــب الطبي، ومن أهم المستشــفيات الجامعيــة في المملكة: مستشــفى الملــك خالد الجامعي ومستشــفى الملك عبدالعزيز الجامعي التابعين لجامعة الملك ســعود، ومستشــفى الملك عبدالعزيز الجامعي التابع لجامعة الملك عبدالعزيز بجدة، ومستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر التابع لجامعة الملك فيصل بالدمام، وغيرهم من المستشــفيات الجامعية في العديد من الجامعات الناشئة، وفيما يلي سيتم التركيز على أهم المستشفيات الجامعية:

١- مستشفى الملك خالد الجامعي ومستشفى الملك عبد العزيز الجامعي (جامعة الملك سعود):

افتتــح مستشــفى الملك خالــد الجامعــي في ١٤٠٢/٣/١٧هـ وقد اقتــصرت خدماته في ذلــك الوقت على مرضى العيادات الخارجيــة. وفي ١٤٠٢/٧/٢٤هـ تم افتتاح أجنحة المرضى حيث جهز ٢٩٧ سريراً من إجمالي طاقة اســتيعاب المستشــفى الحالية البالغ عددها ٧١١ سريراً. ويعتبر مستشــفى الملك عبــد العزيز الجامعي أول مستشــفى تعليمي في المملكة العربية السعودية، حيث بدأ العمل به عام ١٣٩٥هـ ويقدم خدمات تتكامل مع ما يقدمه مستشفى الملك خالد الجامعي من خدمات طبية وتدريبية وتبلغ الطاقة السريرية الإجمالية للمستشفى ١٢٦ سريراً.

الهدف العام: تقديم الخدمات العلاجية وتنفيذ برامج التعليم العملي وحفظ المعلومات في السجلات الطبية لاستخدامها لأغراض البحث العلمي.

المهام الأساسية:

١- تقديم خدمات الرعاية الأولية وطب الأسرة والمجتمع والخدمات العلاجية والتشخيصية المتخصصة وفق المعايير المعترف بها.

٢- تدريب وتعليم طلبة كليات الطب والعلوم الطبية التطبيقية والمعاهد الصحية والكليات العلميــة الأخــرى. وكذا تدريب أطبــاء الامتياز والأطبــاء المقيمين للدراســات الطبية التخصصية.

٣- اســتقطاب الكفــاءات الطبية عالية التأهيل للاســتفادة منها في تقديــم الرعاية الطبية المتخصصة للمرضى وتعليم وتدريب الطلبة والأطباء والاســتفادة منها كذلك في مجالات الدراسة والبحث العلمي.

٤- تشــجيع ودعــم وتنفيذ برامج الأبحــاث العلميــة والطبية الخاصة بالمشــاكل الصحية وخصوصاً تلك المتعلقة بواقع المجتمع السعودي.

٥- تنفيــذ برامــج التوعية الصحية في المجتمع ســواء بالطرق الإعلامية أو مباشرة بواســطة المحاضرات التوعوية أو المقابلات الشخصية.

٦- تنظيــم الندوات العلمية والطبية المتخصصة لمناقشــة التطــورات الحديثة في المجالات الطبية المختلفة.

٧- المشاركة في الندوات والنشاطات العلمية المتخصصة داخل وخارج المملكة.

٨- تقديم خدمات استشارية للجهات الصحية ذات العلاقة.

٢- مستشفى جامعة الملك عبد العزيز (جامعة الملك عبدالعزيز)

قــام خادم الحرمين الشريفين الملك فهد بن عبدالعزيز آل ســعود -رحمه الله -بافتتاح المستشفى الجامعي عام ١٣٩٧هـ -وقد بدأ العمل بالمستشفى بسعة ٣٦ سريراً، و٤ عيادات عامة، و٦ عيادات تخصصية، بالإضافة إلى الأقسام العلاجية والتشخيصية. وتمت زيادة عدد العيــادات والأسرة تدريجياً حتى تم افتتاح المركز الطبي في عام ١٤١٧هـ فازداد عدد الأسرة والعيــادات حيث بلغ عدد الأسرة ٥١٧ سريراً، كما بلغ عــدد العيادات العامة والتخصصية ٢٣٤ عيادة أسبوعياً، ويسعى حالياً مع التوسعة الجديدة إلى الوصول إلى ١٠٠٢ سرير.

الجانب التنظيمي للمستشفى:

الهدف العام: تقديم الخدمات الصحية وتنفيذ برامج التعليم والتدريب وإجراء البحوث العلمية والطبية.

المهام الأساسية:

١- تقديم الخدمات العلاجية والوقائية المتطورة لأفراد المجتمع.

٢- إعداد وتدريب الطلاب في مختلف التخصصات الطبية.

٣- تدعيم الخدمات الصحية في المملكة بالكفاءات العالية من الأطباء والأخصائيين والفنيين.

٤- المســاهمة في تقديم الاستشــارات الطبية والصحية وإجراء الدراسات الميدانية للأمراض السارية.

٥- إقامة الندوات الطبية التي تهتم بالمشاكل الصحية بالبيئة والمجتمع.

٦- تبادل الزيارات العلمية والاستطلاعية مع الجامعات والهيئات العلمية المحلية والخارجية.

٧- المشاركة في المؤتمرات والندوات داخل وخارج المملكة.

٣- مستشفى الملك فهد الجامعي (جامعة الملك فيصل)

افتتح مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر في ١٤٠١/٧/١٥هـ وهو مستشفى عام تتوافر به كافة التخصصات الطبية ويشـغّل ذاتياً بواسـطة كلية الطب بجامعة الملك فيصل وتبلغ سعته السريرية نحو (٤٠٠) سرير.

الجانب التنظيمي للمستشفى:

الهدف العام: تقديم الخدمات العلاجية وتنفيذ برامج التعليم والتدريب الطبي والقيام بإجراء البحوث العلمية والطبية.

المهام الأساسية:

١- تقديم الرعاية الطبية والصحية الكاملة على أعلى المسـتويات العلمية والعمل على رفع مستوى الخدمات الصحية بالمجتمع.

٢- تعليم وتدريب طلبة وطالبات كلية الطب والعلوم الطبية تحت إشراف هيئة التدريس.

٣- القيـام بعمل البحـوث العلمية والتطبيقية في المجال الطبـي والصحي وتبنى المؤتمرات العلمية المتخصصة في المجال والمشاركة فيها.

ثالثاً: الشؤون الصحية لوزارة الحرس الوطني

تتمثل رسـالة الشـؤون الصحية بوزارة الحرس الوطني في رعايـة مثلى لكافة الموظفين وذويهم من المرضى، وتوفير الفرص الأكاديمية المتميزة وإجراء الأبحاث الحديثة والمشاركة في برامج خدمة المجتمع والصناعة المتعلقة بالمجال الصحي. وتهدف الشـؤون الصحية لوزارة الحرس الوطني لتكون منشأة متكاملة ورائدة عالمياً تتميز بارتقائها بصحة الفرد والمجتمع. وتولي الشؤون الصحية لوزارة الحرس الوطني الاهتمام الكبير بالقيم الأساسية المستمدة من المبادئ الدينية والاجتماعية والمهنية من خلال الالتزام بما يلي:

- احترام القيم الدينية والاجتماعية
- سلامة ورضا المريض
- جودة الأداء

- الشفافية
- العمل الجماعي
- بيئة العمل المنتجة
- المسؤولية
- الأخلاقيات والسلوكيات المهنية
- التميز والإبداع

بدأ تقديم الرعاية الصحية لمنسوبي الحرس الوطني منذ بداية عام ١٣٧٤هـ من خلال طبيب عام ملحق بالوحدات العسكرية يسمى طبيب الحرس الوطني، وفي عام ١٣٨٠هـ تم إنشاء أول مستوصف تابع للحرس الوطني، وفي عام ١٣٩١هـ أنشئت الإدارة العامة للخدمات الطبية والتي تغير مسماها فيما بعد إلى الشئون الصحية والتي سعت إلى توحيد مرافق الرعاية الصحية في الحرس الوطني التي كانت في السابق تعمل كمؤسسات منفصلة مستقلة، كما كان لكل منها نظام ومعايير مختلفة. وفي عام ١٤٠٢هـ تم افتتاح أول مستشفى تابع للحرس الوطني هو مستشفى الملك خالد بجدة، وفي العام التالي ١٤٠٣ هـ تم افتتاح مستشفى الملك فهد بالرياض. وحالياً يتبع للشئون الصحية بوزارة الحرس الوطني كل من:

١- مدينة الملك عبدالعزيز الطبية بجدة (٧٥١سريراً)

٢- مدينة الملك عبدالعزيز الطبية بالرياض (١٥٠٥ أسرَّة)

٣- مستشفى الملك عبدالله بن عبدالعزيز التخصصي للأطفال (٦٠٠ سرير)

٤- مستشفى الملك عبدالعزيز بالأحساء (٤٠٠ سرير)

٥- مستشفى الأمير محمد بن عبدالعزيز بالمدينة المنورة (٢١٥ سريراً)

٦- مستشفى الإمام عبدالرحمن آل فيصل بالدمام (١١٢ سريراً)

وتقوم الشئون الصحية بوزارة الحرس الوطني حالياً بتقديم الرعاية الصحية لمنسوبي وزارة الحرس الوطني من خلال:

- مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- المراكز الطبية المتقدمة.

- المستشفيات المتخصصة.
- الطب العسكري الميداني.
- الإسناد الطبي.

الهدف العام: تقديم الخدمة الصحية الوقائية والعلاجية لمنسوبي وزارة الحرس الوطني وذويهم.

المهام الأساسية:

١- تقديم خدمات رعاية صحية أولية ذات جودة عالية.
٢- إنشاء مراكز متخصصة لتقديم برامج الخدمات الصحية التخصصية.
٣- توحيد خدمات الرعاية الصحية من الدرجة الثالثة.
٤- توفير الرعاية الصحية الأولية ومن الدرجة الثانية ضمن النظام الصحي الشامل.
٥- إعطاء أولوية الأبحاث الإكلينيكية والتنظيمية والأساسية.
٦- توفير بيئة تعليمية مناسبة للتعليم الطبي والفني والإداري لمتدربي برنامج الزمالة التدريبي.
٧- رفع المستوى الصحي الوقائي من الأمراض.
٨- توفير برامج رعاية صحية منزلية على مستوى عال.
٩- تحسين الخبرات الطبية في الطب الميداني.

رابعاً: الإدارة العامة للخدمات الطبية للقوات المسلحة بوزارة الدفاع

بدأ تقديم الرعاية الصحية لأفراد القوات المسلحة عام ١٣٦٧هـ من خلال إنشاء إدارة طبية بسيطة حملت اسم (طبابة الجيش) بالطائف، وكانت عبارة عن مستوصف يتسع لعشرة أسرة، وفي عام ١٣٧٠ هـ أصبح مسماها (الصحة العسكرية) وعدل المسمى إلى (الإدارة العامة للخدمات الطبية للقوات المسلحة) عام ١٣٩٢هـ، واتسعت خدماتها لتشمل القوات البرية، والقوات البحرية، والقوات الجوية، وقوات الدفاع الجوي، كما أصبحت ذات ميزانية مستقلة اعتباراً من العام المالي ١٣٩٥/١٣٩٤هـ وفي عام ١٣٧١هـ تم افتتاح

أول مستشــفى لتقديم الرعاية الطبية والصحية لمنســوبي القوات المســلحة هو مستشفى الأمير منصور العســكري بالطائف بســعة (٣٦) سريراً، تمت زيادة الســعة إلى (١٠٠) سرير بنهايــة العــام. كما تم في عام ١٣٧٣هـ افتتاح مستشــفيين هما مستشــفى الأمير مشــعل بالخرج ومستشــفى القوات المسلحة بالرياض. ثم توالى إنشاء المستشفيات والمستوصفات والمستشــفيات الميدانية في كافة مناطق المملكة إضافة إلى إدارة الإخلاء الطبي الجوي حتى وصلت إلى أكثر من ٢٢ مرفقاً صحياً في مختلف مدن المملكة.

الهدف العام:

١- تقديــم الخدمــات الصحية العلاجية والوقائية لمنســوبي القوات المســلحة وعوائلهم في السلم والحرب.

٢- تقديم العلاج للمواطنين وكل من يحتاج لذلك في الحالات الطارئة وحالات الأمراض ذات التخصــص النادر التي قد لا يتوفر العلاج لها في المستشــفيات الحكومية الأخرى داخل المملكة.

المهام الأساسية:

١- تقديم الخدمات العلاجية والوقائية لمنسوبي القوات المسلحة وعوائلهم في السلم والحرب.

٢- تقديــم العلاج للمواطنين وكل مــن يحتاج لذلك في الحــالات الطارئة وحالات الأمراض ذات التخصص النادر التي لا يتوفر العلاج لها في المستشــفيات الحكومية الأخرى داخل المملكة.

٣- رفع مســتوى الوعي الصحي لمنسوبي القوات المسلحة بوجه خاص والمواطنين بوجه عام من خلال التثقيف الصحي ومكافحة الأمراض والأوبئة.

٤- إيجاد كوادر عســكرية ومدنية سعودية مدربة تستطيع العمل في المجال الطبي والفني في الصروح الطبية التابعة للقوات المسلحة.

٥- تطوير منشآت الخدمات الطبية لتصل إلى أفضل مستوى ممكن.

وتتمثــل رؤيــة الخدمات الطبية في العمل على أخذ دور قيــادي في تطوير جودة الأداء للخدمات الصحية المقدمة في جميع المنشــآت الصحية العســكرية؛ لتكون مثالاً يحتذى به

على المستوى الوطني والإقليمي. أما رسالة الخدمات الطبية فتركز على التخطيط والتوجيه والإشراف والمتابعــة والتطوير لجميع مرافق وحدات تقديم الرعاية الصحية التابعة للقوات المسلحة والتنســيق مع قادة أفرع القوات المسلحة لنشر الوعي الصحي وتقديم الخدمات الوقائية والرعاية الطبية اللازمة لكافة منسوبي القوات المسلحة وعوائلهم في السلم والحرب وفقــاً لأعلى معايير الجــودة والنوعية، والعمل على إيجاد كوادر عســكرية ومدنية مدربة تدريبــاً عاليــاً في مجال تقديم الرعاية الطبية، والتنســيق لتحقيــق التكامل مع القطاعات الصحية الأخرى في مجال تقديم تبادل الخبرات والمشــاركة في خطط الطوارئ على المستوى الوطني في أعمال الحج.

خامساً: الخدمات الطبية بوزارة الداخلية

بدأ تقديم الرعاية الصحية لمنســوبي وزارة الداخلية عام ١٣٨٨هـ من خلال إنشــاء أول مســتوصف يقدم الرعاية الطبية لمنســوبي الوزارة، وكانت تبعيته التنظيمية لإدارة التموين بالأمــن العام، واقتصرت خدماته الطبية على تقديم الإســعافات الأوليــة، إضافة إلى قياس وفحص النظر. وفي نهاية عام ١٣٨٩هـ تم إنشاء إدارة الخدمات الطبية بالأمن العام، ويمثل العام ١٣٩٣هـ بداية نشــأة مستشفى الأمن العام من خلال إنشاء عيادات طبية تخصصية تضم (١٠) أسرة للرجال، و(١٠) أسرة للنســاء، و(٤) أسرة للإنعاش، وغرفة عمليات صغيرة. وشــهد عام ١٤٠١هـ افتتاح المستشفى بســعة (١٢٠) سريراً وصلت إلى (٥٠٨) أسرَّة في عام ١٤٠٦هـ وجاري العمل لبناء برج جديد. وفي عام ١٤٠٣هـ تم ربط الإدارة العامة للخدمات الطبية تنظيمياً بسمو وزير الداخلية وسمو نائبه، كما تم ربط كافة مستوصفات القطاعات الأمنية بهذه الإدارة وأصبح المستشــفى يعرف ب (مستشــفى قوى الأمن)، كما تم إنشــاء مستشــفى لقوى الأمن بالدمام بسعة سريرية تصل (١٢٠) سريراً. وكذلك يوجد مستشفى آخر بمكة المكرمة افتتح في عام ١٤٣٤هـ بسعة سريرية تبلغ (٢٠٠) سرير. وتقدم خدماتها الصحية إلى منسوبي وزارة الداخلية وعائلاتهم.

وفي عام ١٤١٢هـ صدر الأمر الســامي باعتماد قرار اللجنة العليا للإصلاح الإداري بشــأن الدراسة الخاصة بالتنظيمات المختلفة للإدارة وصدور الدليل التنظيمي الخاص بذلك حيث شمل القرار:

١- ارتباط كافة المراكز الصحية التابعة للوزارة بالإدارة العامة للخدمات الطبية.

٢- تطبيــق الهيكل التنظيمي الذي تم اعتماده للمراكز الصحية على مســتوصفات المناطق وغيرها من المســتوصفات التابعة للــوزارة والتي تعادلها من حيــث التجهيزات وعدد العيادات الطبية.

٣- تعديل مســمى مســتوصفات إلى مراكز، على أن تمارس المهام والاختصاصات التي كانت تقوم بها.

٤- وفي الوقت الحاضر تقدم الإدارة العامة للخدمات الطبية خدماتها الطبية لفئتين رئيسيتين هما:

- منسوبو وزارة الداخلية وعائلاتهم.

- نزلاء السجون.

وذلك من خلال مستشــفى قوى الأمــن والمراكز الصحية بالمناطق والســجون. كما أن هناك وحدات إدارية أخرى تعنى بتقديم الخدمات الصحية في بعض القطاعات العسكرية في الوزارة تحظى بدعم فني من قبل الإدارة العامة للخدمات الطبية.

الهــدف العام: تقديم الخدمــات الصحية العلاجية والوقائية لمنســوبي وزارة الداخلية وذويهم.

المهام الأساسية:

١- إعــداد وتنفيــذ الخطط والبرامج والإجــراءات الكفيلة بتقديم الرعايــة الصحية الأولية والخدمــات العلاجيــة للعاملــين في وزارة الداخليــة وقطاعاتها وعائلاتهــم بما في ذلك النشــاطات المتعلقة بالوقاية الصحية، وفقاً للسياســة الصحية العامة للدولة ولسياسة الوزارة.

٢- العمــل على توفير الاحتياجات الطبية وتنظيــم توزيعها ومراقبة تخزينها وصرفها وذلك وفق الإمكانات المتاحة.

٣- تقييــم الخطط والبرامج والإجراءات التي يتم العمل بموجبها ســنوياً وتحديد ودراســة الصعوبات والمشكلات التي تواجه التنفيذ والعمل على معالجتها.

٤- إجراء الدراسات الرامية إلى تطوير أداء القوى العاملة في الإدارة العامة للخدمات الطبية وما يتفرع منها من وحدات إدارية وخاصة القوى العاملة السعودية.

٥- اتخاذ القرارات التنفيذية والإدارية الخاصة بأعمال ونشاطات الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية وفقاً للصلاحيات المخولة والمفوضة.

٦- الإشراف على وضع وتنفيذ خطط وبرامج الخدمات الصحية الواجب توافرها في الحالات الخاصة كموسم الحج.

٧- التنسيق مع وحدات الشئون الصحية المماثلة في الجهات الحكومية الأخرى (وزارة الدفاع والطيران، وزارة الحرس الوطني، الجامعات...) فيما يخص تنفيذ الخطط الصحية المشتركة.

٨- العمل على صياغة عقد أو عقود تشغيل مستشفى قوى الأمن الداخلي بالتنسيق مع الوحدات الإدارية المعنية في الوزارة، وطرح ذلك في المنافسات العامة ومتابعة تنفيذ الشركة أو الشركات التي تم التعاقد معها لتلك العقود.

سادساً: الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة العمل والتنمية الاجتماعية

تعد الخدمات الطبية أحد البرامج المساندة في وكالة الشؤون الاجتماعية، حيث تخدم حالياً فئات من المجتمع تستوجب رعايتها السعي المستمر إلى تقديم الرعاية الطبية المتخصصة والمستمرة والعناية الصحية اللازمة والملازمة في الوقت نفسه، فالمسنون والمعوقون والمقيمون في الدور والمؤسسات الاجتماعية تستلزم ظروف إقامتهم ودواعيها وجود العناية الطبية جنباً إلى جنب مع الخدمات الأخرى، كما أن من أهم أشكال الرعاية التي تقدم لهذه الفئات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية ويأتي في مقدمتها التأهيل العلاجي باعتباره من أهم أنماط الخدمات التي تقدم للمعوقين والمسنين والعاجزين.

الجانب التنظيمي للإدارة العامة للخدمات الطبية:

الأهداف العامة:

١- توفير الرعاية الطبية الخاصة للمسنين والمعوقين والمقيمين في الدور والمراكز والمؤسسات الاجتماعية مع الاستفادة من الخدمات التخصصية الدقيقة المتوفرة في الهيئات والمؤسسات الحكومية الأخرى.

٢- اتخاذ الوسـائل المناسـبة لتوفـير الوقاية للمقيمين بمسـتوياتها المختلفـة من الأمراض الجسمية والنفسية والانحرافات الاجتماعية في جوانبها الطبية.

٣- تأهيل المقيمين طبياً بما يتناسب مع احتياجاتهم.

٤- توعية المقيمين وأسرهم وإشراك الأسرة لتقوم بوظائفها على نحو إيجابي.

٥- تثقيـف المجتمع ونشر الوعي الصحي والإرشـاد النفسي لكل مالـه علاقة بالفئات التي ترعاها وكالة الشؤون الاجتماعية.

٦- اسـتقطاب الكـوادر البشرية الوطنية العاملة في مجال الإعاقة وتنميتها والاسـتعانة بها في العمل لدى فروع الوكالة، والسـعي إلى سـد العجز الكمـي والكيفي في هذا المجال بالتعاقد سـواء من الداخـل أو الخارج مع الكوادر الطبية المؤهلة وذلك بوضع أسـس لاختيارها ومن ثم اختيار الأنسب.

٧- الاهتـمام بالبرامـج التأهيلية، حيث يمثل التأهيل العلاجي أحـد أهم هذه البرامج التي تقدم لفئات المعوقين على اختلافها وفئات المسنين. ويتم ذلك من خلال:

- تحسين القدرات الوظيفية للمقيمين.
- منع حدوث المضاعفات المصاحبة للإعاقة.
- اتخاذ السبل الكفيلة باستقرار وضع الحالات وعدم تدهورها.

المهام الأساسية:

١- وضـع الخطـط العلاجية والوقائيـة اللازمة للمقيمـين في المراكز والمؤسسـات والدور الاجتماعية خاصة المعوقين والمسنين.

٢- متابعة الحالات التي تحتاج إلى عناية خاصة من هذه الفئات.

٣- توفير الكوادر الطبية والتمريضية اللازمة لفروع الوزارة والإشراف عليها ومتابعتها.

٤- المشاركة في تحديد مستويات الإعاقة ودرجاتها وأنواعها وتوصيفها، وتقديم الاستشارات الطبية اللازمة لذلك.

٥- إعـداد الكتب والمطبوعات والنشرات التثقيفيـة والتوعوية الخاصة بالتأهيل وغيره مما يدخل في اختصاصات الوكالة ونشرها للمتلقين وللعاملين في الفروع الإيوائية.

٦- متابعة كل ما يستجد على الصعيدين العربي والعالمي في مجال الإعاقة والتأهيل.

٧- الاشـتراك في المؤتمـرات العلمية المتخصصـة والندوات والملتقيـات الخاصة في المجالات الطبية والتأهيلية والإفادة والاستفادة من خلالها.

٨- تأمين الخدمة الطبية اللازمة لمنسوبي الوزارة والمستفيدين فيها وفي فروعها المختلفة من خلال عيادات متخصصة وعامة.

٩- التنسـيق مع الجهـات الصحية ذات العلاقـة بموضوعات الإعاقـة والتأهيل للرفع من مستوى الأداء في هذا المجال وسد القدر المطلوب من الاحتياجات فيه.

المسئوليات والصلاحيات:

١- تحديد كميات وأصناف الأدوية اللازمة للمقيمين بالفروع.

٢- تحديد كميات وأصناف الأجهزة اللازمة لتقديم الخدمة الطبية والتأهيلية للمقيمين.

٣- اختيار وانتقاء الكوادر الصحية البشرية اللازمة للعمل بالفروع.

٤- البت في طلبات تعيين المواطنين على الوظائف الصحية وطلبات تجديد عقود المتعاقدين وتقييم أدائهم.

٥- التنسـيق في تحديد موعد إجـازات الكادر الصحي والعمل على سـد العجز الناتج من الإجازات.

٦- البت في المشاكل الصحية والتقارير الطبية وتحديد احتياجات الرعاية الصحية للملتحقين بالفروع.

سابعاً: المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية:

وتمثل الرؤية المستقبلية للمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية على إستراتيجية واضحة المعـالم تقضي بالتوسـع في الخدمات الصحية المقدمة والتركيز عـلى الطب المنزلي بالإضافة إلى الانتشـار في مختلف ربوع المملكة إلى جانب التوسـع في استقطاب التكنولوجيا الطبية الأحدث وتوفيرها لتكون في خدمة المراجعين. ويوجد لدى المؤسسـة مستشـفيان رئيسيان في مدينة الرياض حيث تبلغ الطاقة السريرية لمستشـفى رعاية الرياض ٢٥٥ سريراً، وتعتبر المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية منظمة شبه حكومية.

المسؤوليات والصلاحيات:

للمؤسســة مجلس إدارة منتخب من الجمعية العامة للشركــة الوطنية للرعاية الطبية والتي لها الصلاحيات التالية:

١- الموافقة على تقرير مجلس الإدارة عن السنة المالية المنتهية.

٢- الموافقة على تقرير مراجع الحسابات عن السنة المنتهية.

٣- الموافقة على القوائم المالية المدققة عن السنة المالية المنتهية.

٤- الموافقة على إعادة تعيين مراجع الحسابات.

٥- الموافقة على توصية أعضاء مجلس الإدارة بتوزيع الأرباح على مساهمي الشركة.

٦- الموافقة على التعاملات التي ستتم بين الشركة والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية

٧- الموافقة على التعاملات التي ستتم بين الشركة والشركات الأخرى.

٨- الموافقة على تعديل النظام الأســاسي للشركة وذلك بما يتوافق مع نظام الشركات الجديد الخاص بالشركات المساهمة المدرجة.

٩- الموافقــة على تعديلات لائحة عمل لجنة المراجعــة للشركة، وذلك بما يتوافق مع لائحة حوكمة الشركات المُحدثة.

١٠- الموافقة على تشكيل لجنة المراجعة ومهامها وضوابط أعمالها ومكافآت أعضائها.

١١- الموافقة على إبراء ذمة أعضاء مجلس الإدارة عن إدارتهم خلال السنة المالية.

ثامناً: هيئة الهلال الأحمر السعودي:

يرجع تاريخ نشــأة جمعية الهلال الأحمر الســعودي إلى عام ١٣٥٤هـ حينما أمر الملك عبد العزيز بن عبد الرحمن آل سعود، رحمه الله، بإيجاد جهاز يعنى بتوفير الخدمة الطبية والإســعافية الميدانيــة لحجاج بيت الله الحــرام فأصدر أمره الكريم رقــم (٣٣٠٦) وتاريخ ١٣٥٤/٣/٢هـ بإنشــاء جمعية الإسعاف الخيري. وتمشياً مع التنظيم العالمي صـدر المرسـوم الملكـــي رقـــم (١) وتاريـخ ١٣٨٣/١/١٧هـ بإنشــاء جمعية الهلال الأحمر الســعودي ولها خاصيتها الاعتبارية لمدة غير محدودة، ومركزها الرئيسي مدينة الرياض، ويشــمل نشــاطُها

جميــعَ أنحـــاء المملكة ونظامهــا قائم على أســاس اتفاقيات جنيف والمبــادئ التي أقرتها مؤتمــرات الهلال والصليب الأحمر الدولي، وتم تحويل مســمى الجمعيــة إلى هيئة الهلال الأحمر السعودي بقرار مجلس الوزراء رقم ٣٧١ وتاريخ ١٤٢٩/١٢/٢٤هـ.

الهدف العام: الســعي لتخفيف حدة المصائــب والآلام البشرية دون تمييز أو تفرقة في المعاملة لأي سبب.

المهام الأساسية:

١- تقديم الخدمات الطبية الإسعافية الطارئة والسريعة بكفاءة وفاعلية للمواطنين والمقيمين في المملكة في الظروف العادية والكوارث.

٢- الإسهام في رفع مستوى الوعي الصحي.

٣- المشاركة في أعمال الإغاثة داخل المملكة وخارجها.

٤- تقديم الخدمات بما يتفق مع القيم والتعاليم الإسلامية والأصول المهنية ونظامها الأساسي.

٥- إبــراز دورها الإنســاني وتوطيد العلاقة مع الجمهور والجهــات الحكومية والأهلية ذات العلاقة بنشاط الهيئة محلياً وعالمياً.

٦- الحفاظ على منسوبيها بتدريبهم وتأهيلهم وتحفيزهم.

تاسعاً: الهيئة الملكية للجبيل وينبع

وتشمل على إدارتين رئيستين هما:

١- إدارة الخدمات الصحية (الجبيل)

بدأت الهيئة الملكية للجبيل وينبع بتقديم الخدمات الصحية في مدينة الجبيل الصناعية مع نشــأة هذه المدينة نهاية عام ١٣٩٩هـ كما تم إنشــاء إدارة الخدمات الصحية كإحدى إدارات الهيئة الملكية للجبيل. ولقد كلفت في بداية نشأتها بالإشراف على أقسام حماية البيئة وصحة البيئة والخدمات الطبية، ومع اتســاع مجال حماية ومراقبة البيئة تم إنشــاء إدارة مســتقلة لها واســتمرت إدارة الخدمات الصحية في الإدارة والإشراف على الخدمات الطبية وصحــة البيئة. ولقد تطورت الخدمات الطبية ممثلــة في الرعاية الصحية الأولية والثانوية

على مرحلتين الأولى عند إنشـــاء المدينة الصناعية. كما تم إنشاء مستشفى الحويلات بسعة ٢٠٠ سرير في بداية عام ١٤٠١هـ. وكانت المرحلة الثانية مع اكتمال بناء المدينة والنشـــاط الصناعي وازدياد واســتقرار عدد كبير من العائلات حيث تم نقل نشاط الخدمات الصحية إلى الأحيــاء الســكنية الجديدة وإغلاق عيادات الشــاطئ وينبع ومراكز الأحياء الشــمالية ومستشــفى الحويلات، وافتتاح مستشفى جديد هو مستشفى الفناتير بسعة (٢١٦) سريراً في عــام ١٤٠٨هـ وافتتــاح ثلاثة مراكز للرعاية الأولية في أحياء الحويلات وفي الدفي في نهاية ١٤٠٩هـ وكذلك مركز الرعاية الصحية الأولية بالفناتير في بداية عام ١٤٢١هـ.

الهدف العام:

١- دراسة وإعداد احتياجات المدينة للخدمات الطبية.

٢- دراسة وإعداد اللوائح المنظمة لتقديم الخدمات الصحية.

٣- دراسة وإعداد خطط تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية.

٤- تقديم خدمات صحة البيئة.

٥- الإشراف المهني وضبط الجودة النوعية.

المهام الأساسية:

١- تقديم الخدمات الصحية الأساســية بصورة متكاملة لجميع التجمعات السكانية بمدينة الجبيل الصناعية.

٢- الإشراف على خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال عقد تشغيل العيادات.

٣- التنســيق بين الخدمات الصحية المقدمة بين مراكز الرعاية الصحية الأولية ومستشــفى الفناتير والعمل على تقديم أفضل الخدمات الطبية بنظام إحالة محدد.

٤- الإشراف على الرعاية الصحية الثانوية من خلال عقد تشغيل مستشفى الفناتير.

٥- إعطاء أولوية مطلقة لتقديم أفضل الخدمات للمجموعة السكانية الأكثر عرضة للمخاطر كالحوامل والأطفال دون الخامسة والمعاقين والمسنين .... إلخ.

٦- دمــج البرامــج والأعــمال الوقائية والبرامج العلاجيــة الخاصة كبرامــج مكافحة الملاريا، اللشمانيا، والدرن.

٧- التنسـيق مع الجهات المعنية الأخرى كالقطاع الخاص بمدينة الجبيل الصناعية من أجل رفع المسـتوى الصحي للمواطنين ضمن إطار التطوير والتنمية الاجتماعية والاقتصادية، كما يتم التنسيق الكامل مع وزارة الصحة لتنفيذ البرامج الصحية القومية.

٨- التنسـيق والتعـاون بـين مراكز الرعايـة الصحية الأوليـة وإدارة الخدمـات التعليمية والصناعات الأساسية عن طريق المشرفين الصحيين وأطباء شركة سابك.

٩- التوعية والتدريب المسـتمر للعاملين في مجال الرعاية الصحية من خلال برامج محددة والتنسـيق مع الجهات المسـؤولة عن التدريب والتعليم الصحي والطبي والمشاركة في عمليات التعليم المستمر.

١٠- الإشراف عـلى الأعـمال المتعلقة بصحة البيئـة من خلال البرامـج التثقيفية والصحية والجولات التفتيشـية على مراكز بيع المواد الغذائية ومصانع الأغذية والمطاعم وصوالين الحلاقة والمسلخ وأحواض السباحة .... إلخ.

١١- السعي لتغيير مفاهيم المجتمع الصحية عن طريق برامج التثقيف الصحي.

١٢- الإشراف على الاتفاقيات الخاصة بالقطاع الصحي الخاص.

المسؤوليات والصلاحيات:

١- منح الإجازات الاسـتثنائية لموظفي المرتبة (٨) للخدمة المدنية، والمرتبة (١٢) للتوظيف المباشر فما دون.

٢- الموافقة على انتداب موظفي المرتبة (٨) للخدمة المدنية، والمرتبة (١٠) للتوظيف المباشر فما دون.

٣- التكليـف بالعمل الإضافي لموظفي المرتبة (٨) للخدمـة المدنية، والمرتبة (١٠) للتوظيف المباشر فما دون.

٤- اعتماد تقارير تقويم الأداء الوظيفي التي تعد من رؤساء الأقسام بالإدارة.

٥- التوقيع على شهادات الدفع للمقاولين.

٢- إدارة الخدمات الصحية (ينبع)

بـدأت الهيئة الملكية للجبيل وينبع بتقديـم الخدمات الصحية في مدينة ينبع الصناعية

عــام ١٩٨٠م من خلال مستشــفى صغير تم إنشــاؤه في مبنى مؤقــت في المنطقة المركزية (النواة) بســعة (٦٨) سريراً لتقديم الخدمات الطبيـة لســكان المدينـة، وقـد استبـدل ذلك المستشفـى عـام ١٩٨٨م بمستشفى سعتـه (٣٤٢) سريراً. وتقوم الهيئة الملكية بينبع بتقديم الخدمات الطبية في الوقت الحاضر من خلال المراكز والوحدات الصحية التالية:

١- مستشفى الهيئة الملكية بينبع.

٢- مركز الشفا للرعاية الصحية.

٣- مركز رضوى ٣ للرعاية الصحية.

٤- مركز حي الصواري للرعاية الصحية.

٥- مركز الرعاية الصحية الشاملة.

الهــدف العــام: توفير الخدمة الطبية الراقية حســب المعايير الصحيــة العالمية لجميع مواطني المحافظة بالعموم وسكان مدينة ينبع الصناعية على وجه الخصوص.

المهام الأساسية:

١- التأكيد على توفير الخدمة الطبية اللازمة والمقدمة بشــكل علمي مدروس ويندرج ذلك تحت توفير الخدمات الطبية العلاجية.

٢- توفير الخدمات الطبية الوقائية مثل التطعيمات، الصحة العامة والتثقيف الصحي.

٣- الإشراف على عقد تشغيل مستشفى الهيئة الملكية بينبع.

٤- الإشراف على صحة البيئة في المدينة والأسواق التابعة لها.

عاشراً: مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث:

تم افتتاح مستشــفى الملك فيصل التخصصي في الرياض عــام ١٣٩٥هـ وفي نفس العام تــم البدء في تنفيذ المرحلــة الثانية من المشروع المتمثلة في إنشــاء مركــز الأبحاث الطبية الذي اســتكمل بناؤه وتجهيــزه عام١٤٠٢هـ. ويعتبر مستشــفى الملــك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث أول مستشــفى حكومي مرجعي متخصص لعلاج الأورام وتقديم الخدمات الطبية العالية المســتوى من خلال التخصصات الفرعية الدقيقة في كافة الحقول والمجالات

الطبيـــة التشـــخيصية منها والعلاجية، علاوة عـــلى كونه مركزاً بحثياً خاصاً بدراســـة وبحث المشـــاكل الصحية بشـــكل عام وما يتعلق منها بالمجتمع السـعودي بصفة خاصة وتطوير وســـائل التشخيص والعلاج. كما يسهم المستشـــفى في وضع وتنفيذ برامج الدراسات العليا في المجال الطبي وتدريب الأطباء الســعوديين وتأهيلهم للحصول على الدرجات العلمية في التخصصات الطبية المختلفة.

ونظراً لازدياد عدد المرضى المحولين إليه من المستشفيات الأخرى بدلاً من إرسالهم للخارج للعلاج تمت توسعة المستشفى عام ١٤٠٥هـ. وقد تضمنت هذه التوسعة مضاعفة مساحة المستشـفى بإضافة مبنى جديد يماثل من حيث المســاحة المبنى الرئيسي الأول، وتوســعته وإنشاء عيادات خارجية وإضافة وحدات تخصصية جديدة إليه وتجهيزه بكل ما يلزم ورفع طاقته الاستيعابية. ولتوسيع الخدمات التخصصية التي يشرف عليها المستشفى صدر الأمر الســامي رقم (١٤٩٤١) بتاريخ ١٤١٢/١٠/١٩هـ ليصبح كل من مستشـــفى الرشيد لأمراض لوكيميــا الدم للأطفال وســعته (٤٠) سريراً ومستشـــفى الحريري لأمراض النســاء والولادة وسعته (٣٠٠) سرير تحت الإشراف العام لمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث. وفي ١٤٢٢/١٠/٣٠هـــ صدر قرار مجلس الوزراء رقم (٢٦٥) القاضي بتحويل المستشـــفى إلى مؤسســة عامة ترتبط برئيس مجلس الوزراء، وتؤول إليهــا جميع الحقوق المالية والمعنوية في الداخل والخارج العائدة لمستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، وتبلغ السعة السريريــة الحالية للمستشـــفى (١٥٤٩) سريراً، كما يوجد له فرع يقــدم جميع الخدمات بمحافظة جدة.

الهــدف العام: تقديم الخدمــات والأبحاث العلمية والتطبيقيــة الطبية والصحية على أفضل المستويات وأعلاها.

المهام الأساسية:

١- توفير أرفع مستويات الرعاية الطبية التخصصية.

٢- الإسهام في إرساء قواعد ومقاييس عالية المستوى لممارسة مهنة الطب في المملكة.

٣- القيــام بالأبحاث العلميــة والتطبيقية المتعلقة بالمجالين الطبــي والصحي والتعاون مع الهيئــات المتخصصة في البحــث العلمي داخل المملكة وخارجها بهدف تطوير وســائل

العلاج وتحسـينها والرعاية الطبية والصحية في المملكة بصفة عامة والتخصصات الطبية الدقيقة بصفة خاصة.

٤- التعاون مع الهيئات الصحية والمؤسسـات التعليمية في المملكة في سـبيل رفع مسـتوى الوعي والثقافة الصحية بين أفراد المجتمع.

٥- الإسـهام في توفير الكفاءات الوطنية المتخصصة وتأهيلها للعمل في مجال المستشـفيات وذلك بتوفير السـبل لتدريب الموظفين السـعوديين المسـجلين في شـتى برامج التعليم الصحي.

٦- اعتماد برامج متكاملة لتدريب الأطباء السـعوديين بهدف إعدادهم للمشاركة في تقديم الرعاية الطبية على مستوى الأطباء المقيمين والزمالات التخصصية.

٧- إصدار النشرات والمجلات الطبية والعلمية.

حادي عشر: الهيئة العامة للغذاء والدواء:

أنشـئت الهيئة العامـة للغذاء والدواء بموجـب قرار مجلس الوزراء رقـم (١) وتاريخ ١٤٢٤/١/٧هـ كهيئة مستقلة ذات شخصية اعتبارية، وترتبط مباشرة برئيس مجلس الوزراء، وتناط بها جميع المهمات الإجرائية والتنفيذية والرقابية التي تقوم بها الجهات القائمة حالياً لضمان سـلامة الغذاء والدواء للإنسان والحيوان وسلامة المستحضرات الحيوية والكيميائية وكذلك المنتجات الإلكترونية التي تمس صحة الإنسـان. ويتولى إدارة شـئون الهيئة مجلس إدارة برئاسة صاحب السمو الملكي ولي العهد نائب رئيس مجلس الوزراء. وعضوية صاحب السمو الملكي وزير الشـئون البلدية والقروية نائباً، ويضم المجلس في عضويته كافة الوزراء المعنيـين (وزير الداخلية ووزير الصحة ووزير التجارة والصناعة ووزير الزراعة ووزير المياه والكهربـاء ووزير المالية ووزير الاقتصـاد والتخطيط) فضلاً عن مدير عـام الهيئة العربية السـعودية للمواصفـات والمقاييس ورئيس مجلـس الغرف التجاريـة والصناعية بالمملكة والرئيس التنفيذي للهيئة وأحد المختصين في مجال الدواء. يشـار إلى أنه صدر مؤخراً الأمر الملـكي رقـم أ/١٨١ وتاريخ ١٤٣٧/٨/٢٦هـ بتعيين معالي وزير الصحة رئيسـاً لمجلس إدارة الهيئة العامة للغذاء والدواء.

ويتمثل الغرض الأساسي من إنشاء الهيئة في القيام بتنظيم ومراقبة والإشراف على الغذاء والدواء والأجهزة الطبية والتشــخيصية ووضع المواصفات القياسية الإلزامية لها سواء كانت مســتوردة أو مصنعة محلياً، ويقع على عاتقها مراقبتهــا وفحصها في مختبراتها أو مختبرات الجهات الأخرى وتوعية المســتهلك في كل ما يتعلق بالغذاء والدواء والأجهزة الطبية وكافة المنتجات والمستحضرات المتعلقة بذلك؛ وذلك من أجل تحقيق الأهداف الرئيسية التالية:

١- سلامة ومأمونية وفاعلية الغذاء والدواء للإنسان والحيوان.

٢- مأمونية المستحضرات الحيوية والكيميائية التكميلية ومستحضرات التجميل والمبيدات.

٣- سلامة المنتجات الإلكترونية من التأثير على الصحة العامة.

٤- دقة معايير الأجهزة الطبية والتشخيصية وسلامتها.

٥- وضع السياسات والإجراءات الواضحة للغذاء والدواء والتخطيط لتحقيق هذه السياسات وتفعيلها.

٦- إجراء البحوث والدراســات التطبيقية للتعرف على المشكلات الصحية وأسبابها وتحديد آثارها بما في ذلك طرق وتقويم البحوث. فضلاً عن وضع قاعدة علمية يســتفاد منها في الأغراض التثقيفية والخدمات الاستشارية والبرامج التنفيذية في مجالي الغذاء والدواء.

٧- مراقبــة والإشراف على الإجــراءات الخاصة بالتراخيص لمصانع الغــذاء والدواء والأجهزة الطبية.

٨- تبادل المعلومات ونشرها مع الجهات العلمية والقانونية المحلية والعالمية وإعداد قاعدة معلومات عن الغذاء والدواء.

ثاني عشر: الخدمات الطبية بالهيئة العامة للرياضة

بدأت خدمات الطب الرياضي في الرئاسة العامة لرعاية الشباب عام ١٣٩٤هـ من خلال وحدات صغيرة بكل من الرياض وجدة والدمام. وفي عام ١٣٩٩هـ تم إنشــاء قســم طبي بالرئاسة يتبع إدارة الشئون الرياضية ألحقت به هذه الوحدات، ثم أصبحت في عام ١٤٠٠هـ إدارة طبية وتم اعتمادها من اللجنة العليا للإصلاح الإداري عام ١٤٠٢هـ. وفي عام ١٤٠٦هـ تم افتتاح مستشــفى الرئاسة العامة للطب الرياضي والذي سمي فيما بعد مستشفى الأمير فيصل بن فهد للطب الرياضي ويدار من قبل شركة وطنية.

الأهداف العامة:

١- توفير الرعاية الصحية الشاملة للرياضيين في جوانبها الوقائية والعلاجية.

٢- التقويم الدوري للرياضيين ومساندة برامج الإعداد والتدريب لمنتخبات المملكة.

٣- نشر وترقية خدمات الطب الرياضي في المملكة.

٤- إجراء البحوث العلمية للارتقاء بعلوم الطب الرياضي وبرامجه التدريبية المختلفة.

المهام الأساسية:

١- تقديم الخدمات العلاجية للرياضيين وموظفي الرئاسة وعوائلهم.

٢- الإشراف الطبي على المباريات والبطولات الرياضية داخل المملكة وخارجها.

٣- تشغيل وحدة الإسعاف المتنقل.

٤- الإشراف على مستشفى الأمير فيصل بن فهد للطب الرياضي.

٥- اعتماد وفتح الملفات وفق النظام والتوجيهات.

٦- التنسيق مع المستشفيات الحكومية فيما يخص تغطية الأنشطة الطبية الرياضية.

٧- الإشراف على برنامج الدراسات العليا في الطب الرياضي المنفذ مع الجامعات البريطانية.

٨- تنظيم ورش ودورات لزيادة وعي الرياضيين والمدربين في المجالات الوقائية، والإسعافات الأولية، وأهمية العلاج الطبيعي والمنشطات المحظورة.

٩- إعداد تقارير دورية عن نشاطات الإدارة وإنجازاتها.

ثالث عشر: شركة أرامكو السعودية:

بدأت شركة الزيت العربية السعودية (أرامكو السعودية) بتقديم مستوى عال من الرعاية الطبية لموظفيها وأسرهم من خلال تنظيم الخدمات الطبية الخاصة بها منذ عام ١٩٣٣م. وفي عام ١٩٩٣م تم إنشاء مركز جونز هوبكنز أرامكو للرعاية الصحية نتيجة للمشروع المشترك الأول من نوعه في الرعاية الصحية بين شركة أرامكو السعودية ومدرسة طب جامعة جونز هوبكنز والذي يقدم خدماته إلى موظفي الشركة وعوائلهم والذين يبلغ عددهم أكثر من ٣٦٠ ألف، وتبلغ سعته السريرية ٤٨٣ سريراً. كما تم إطلاق مركز صحي

آخـــر في عام ٢٠١٤م في الظهران. وتمتلك كل من جونز هوبكنز وأرامكو الســعودية حصة ملكيـــة غير مباشرة في شركة مركز جونز هوبكنز أرامكو للرعاية الصحية التي تم تســجيلها بالمملكة، وتتبع لمجلس إدارة يتمتع بجميع الصلاحيات حسب نظام الشركات في المملكة.

١٤/١/٢ أوجه التداخل في اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية

يعتــبر القطــاع الصحي في المملكة العربية الســعودية من القطاعــات التي يتضح فيها بشــكل واضح التداخــل في الاختصاصــات؛ وذلك نظراً لتعــدد الجهات الحكومية وشــبه الحكومية والخاصة والتي تتولى مهام تقديم الخدمات الصحية بشــكل مباشر أو غير مباشر للمواطنــين والمقيمين، ويتضح جلياً تداخل الاختصاصات في تقديم خدمات الرعاية الصحية على كافة مســتوياتها في الرعاية الصحية الأولية وفي المُستشفيات والمراكز العلاجية الثانوية وفي المُستشــفيات والمراكز العلاجية التخصُّصية والتأهيلية، وفي تقديم الخدمات الإسعافية والطارئة وفي نشــاطات إجراء البحوث والدراســات الصحيــة وفي التعليم والتدريب الطبي والصحي وعقد الندوات والمؤتمرات لمناقشة المشكلات الصحية وفي إصدار الشهادات المهنية وتحليــل المواد ذات العلاقة بصحة الإنســان للتأكد من صلاحيتها للاســتهلاك البشري، كما أن هنالــك عدة جهات حكومية تقوم بنشــاطات متشــابهة في مجــال الرقابة على مقدمي الخدمــات الصحية، وتم تحديد الأجهــزة الحكومية ذات العلاقة المباشرة بتقديم الخدمات الصحيــة في المملكة العربية الســعودية بثلاثة عشر جهازاً حكوميــاً، كما يوجد العديد من الجهــات ذات العلاقة بالقطاع الصحي وتؤدي أدواراً غير مبــاشرة بتقديم الخدمة الصحية مثل الهيئة الســعودية للتخصُّصات الصحية، والمركز الســعودي لاعتماد المنشــآت الصحية، والمركــز الوطني للطب البديــل والتكميلي، والمركز الوطنــي للمعلومات الصحية. ويوضح الجدول رقم (١) أوجه التداخل في اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية.

جدول رقم (١): أوجه التداخل في اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية

م	الجهة / الاختصاص	وزارة الصحة	مستشفى الملك خالد الجامعي	مستشفى جامعة الملك عبد العزيز	مستشفى الملك فهد الجامعي	الشؤون الصحية بوزارة الحرس الوطني	الإدارة العامة للخدمات الطبية للقوات المسلحة بوزارة الدفاع	الخدمات الطبية بوزارة الداخلية	الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة العمل والتنمية الاجتماعية	المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية	هيئة الهلال الأحمر السعودي	الهيئة الملكية للجبيل وينبع	مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث	الهيئة العامة للغذاء والدواء	الخدمات الطبية بالهيئة العامة للرياضة	شركة أرامكو السعودية	الهيئة السعودية للتخصصات الصحية	المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية	المركز الوطني للطب البديل والتكميلي	المركز الوطني للمعلومات الصحية
١	تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية	√	√	√	√	√	√	√	-	-	-	√	-	-	-	√	-	-	-	-
٢	تقديم خدمات الرعاية الصحية في المُستشفيات والمراكِز العلاجية الثانوية	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	-	-	√	√	-	-	-	-
٣	تقديم خدمات الرعاية الصحية في المُستشفيات والمراكِز العلاجية التخصُّصية	√	√	√	√	√	√	-	√	√	-	-	√	-	√	√	-	-	-	-
٤	تقديم الخدمات الإسعافية الطارئة	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	-	√	√	-	-	-	-
٥	إجراء الدراسات والأبحاث العلمية الطبية والصحية	√	√	-	√	√	-	√	-	-	-	-	√	-	-	-	√	-	-	-

٦	تدريب وتعليم طلبة كلية الطب والعلوم الطبية التطبيقية ومتدربي برنامج الزمالة التدريبي.	-	√	√	√	√	-	√	-	√	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-
٧	عقد الدورات، والبرامج التأهيلية، وبرامج التعليم والتدريب المستمر (تدريب صحي وإداري)	-	-	-	-	-	-	-	√	√	√	-	√	-	-	-	-	√	√	-
٨	إعداد وتنفيذ وتطوير البرامج التدريبية الكفيلة برفع كفاية العاملين	√	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	√	-	-	√	-	-	-
٩	تنفيذ برامج التوعية والتثقيف الصحي	√	√	-	-	√	√	-	-	√	√	√	√	√	-	√	-	-	√	-
١٠	تنظيم الندوات العلمية والطبية المتخصصة لمناقشة التطورات الحديثة في المجالات الطبية المختلفة.	-	√	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
١١	المشاركة في عقد المؤتمرات والندوات الصحية والطبية المحلية والعالمية	-	√	√	√	-	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-	√	√	√	-
١٢	وضع الأُسُس والمعايير لمُزاولة المِهن الصحية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	√	-	√	-
١٣	إنشاء قاعدة بيانات شاملة للمنشآت الصحية.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-

١٤	تأسيس قاعدة معلومات وتبادل المعلومات مع الجهات المحلية والدولية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	-	√	-
١٥	إعداد الإحصاءات الصحية والوطنية ونشرها، ورفع تقارير إحصائية دورية	√	-	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-	-	-	-	-	-	-	√

√ = الاختصاص المتداخل.

٢/٢ الجزء الثاني: التجارب الدولية

اطلـع الباحثان على العديد من تجارب الدول في تنظيم قطاع الخدمات الصحية بهدف إثـراء البحث والتوصل إلى أفضل الممارسـات في التعامل مـع التداخل في الاختصاصات بين الأجهـزة المقدمـة للخدمات الصحية، وتم الاطـلاع على تلك التجارب مـن حيث الأجهزة المعنيـة بتقديم الخدمات الصحيـة وهياكلها التنظيمية والأهـداف والمهام والاختصاصات الموكلة لتلك الأجهزة وتبعيتها من الناحية التنظيمية وآليات التنسـيق بينها وكيفية تمويلها والعلاقات التنظيمية والمالية والرقابية بين تلك الأجهزة. ويركز هذا الجزء على عرض موجز لأبرز التجارب الدولية في معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية. كما يستعرض في الجزء الأخير تجربة المملكة العربية السعودية لمعالجة التداخل في القطاع الصحي وأبرز التحديات التنظيمية التي تواجه هذه التجربة.

١/٢/٢ التجارب الدولية:

اتصفـت تجارب هذه الـدول بالتميز مـن خلال اتبـاع اللامركزية في تنظيـم القطاع الصحـي ووضوح أهداف ومهـام واختصاصات الأجهزة المعنية بتقديـم الخدمات الصحية فيها، واقتصار دور الأجهزة المركزية على وضع السياسـات والإسـتراتيجيات ومن ثم الرقابة عـلى الأجهزة المناط بها مهام تقديـم الخدمات الصحية بصورة مبـاشرة، ومرونة الأنظمة المالية والإدارية التي تخضع لها تلك الأجهزة وارتفاع مستويات التنسيق والتكامل بين أدوار

ونشاطات الأجهزة المعنية بتقديم الخدمات الصحية من حيث توزيع المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة من الناحية الجغرافية والمسـئوليات المناطة بها فيما يتعلق بكل مستوى من مسـتويات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى توفر وحداثـة المعلومات الإحصائية عن أداء وكفاءة الأجهزة الصحية في تأدية المهام الموكلة لها. وفيما يلي استعراض لأهم تلك التجارب بغرض الاسـتفادة منها للوصول إلى أفضل السبل للتعامل مع التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية:

١- تجربة الولايات المتحدة الأمريكية:

تولـت لجنـة هوفـر الأولى (١٩٤٧-١٩٤٩) مهمة تنظيـم الجهاز التنفيـذي للحكومة الأمريكية الفيدرالية. وكان هدف اللجنة دراسة طرق وأساليب الأداء في الأجهزة التنفيذية الفيدرالية بغرض تحسـين أدائها وترشـيد أوجه مصروفاتها. وتبنى هذا التوجه التنظيمي مدخل الإصلاح الشامل للأجهزة التنفيذية. كما تم التركيز في الدراسة على الجوانب الخمسة التالية: (أ) التوازن بين الصلاحيات والمسئوليات، (ب) أدوات الإدارة مثل: المالية، الوظائف والموظفيـن، الخدمـات العامة، نظام حفظ الوثائـق والتقارير الحكوميـة، (ج) التداخل والازدواجيـة في الأجهزة الحكومية، (د) اللامركزية في التنفيـذ تحت مظلة إشراف مركزي، (هـ) إعادة تنظيم الأجهزة التنفيذية (رضوان، ٢٠١٢م، والشقاوي، ١٤٢٣هـ).

واتبع في أسلوب الدراسة الاعتماد على فرق عمل متخصصة ومتنوعة من جهات متفرقة ذات علاقـة. وقامـت الفرق المتخصصة بتقديم تقاريرها للجنة الرئيسـية التي تقود هذه الفرق. وتم التوصل إلى (٢٧٣) توصية شملت الجوانب الخمسة للدراسة التي سبق بيانها. وأشـار بصنوي ويونس (١٤٣٥هـ) إلى أن من أهم النتائج والتوصيات التي أفرزتها الدراسة ما يلي:

١- هنـاك عدم توازن بين مسـئوليات الرؤسـاء في الأجهزة وبين الصلاحيـات المعطاة لهم، بمـا يحول دون تحقيق الأهداف المرسـومة، لذلك تمت التوصيـة بمنح صلاحيات كافية للمسـئولين في الأجهزة التنفيذية في مجالات إعـادة التنظيم، وفي التعامل مع الموظفين، والنواحي المالية.

٢- هناك قصور في أسلوب إعداد الميزانية، والرقابة المحاسبية، وإجراءات تحديد الاعتمادات المالية، وإجراءات الإيرادات، والتكاليف التشغيلية، والإعانات في الميزانية. وتمت التوصية بتبني ميزانية الأداء، وتبسيط إجراءات مناقشة الاعتمادات المالية، ووضع نظام متكامل وفاعل لإعداد ميزانيات الأجهزة التنفيذية، بما يسهم في تخفيض تكاليف الرقابة على التنفيذ.

٣- هناك مركزية مخلة في التوظيف، ونقص في حصول الأجهزة الحكومية على الكفاءات العالية اللازمة لها، وهناك نقص في تصنيف الوظائف، وفي معايير التوظيف. وتمت التوصية بتيسير إجراءات التوظيف، وجعل سلم الرواتب يخدم الحصول على الكفاءات في الأجهزة الحكومية، وتعزيز مبدأ الجدارة في اختيار الموظفين، إلى جانب اتباع مبدأ اللامركزية في التوظيف وتصنيف الوظائف.

٤- هناك تداخل وازدواج في الأنشطة، وهناك أنشطة في الأجهزة لا رابط ولا تنسيق بينها، وهناك عدم وضوح في الأهداف التي يراد تحقيقها. وتمت التوصية بإعادة التنظيم على مبدأ جمع الخدمات والنشاطات المتماثلة وإزالة الازدواج، وتقليص عدد الأجهزة التنفيذية بما يزيل تضخم تلك الأجهزة، مع التركيز على توافر الفاعلية في أدائها والتنسيق في نشاطاتها والخدمات التي تقدمها.

وقد أشار Korte (٢٠١٤) إلى أنه يوجد ازدواجية وتشتت في بعض برامج الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية حسبما نشرت The U.S. Government Accountability Office (GAO) وهي جهة مستقلة تعمل على تزويد الكونجرس بالدراسات والتقارير، وبين تقريرها الخاص بالازدواجية في أداء الأجهزة الحكومية الفيدرالية وجود ١٠ مكاتب مختلفة في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية تتداخل في تقديم البرامج الموجهة لمرضى الأيدز من الأقليات العرقية، وتوجد ١١ جهة تعمل في مجال أبحاث مرض التوحد وغيرها الكثير من البرامج التي يجب على الكونجرس التعامل معها من خلال إصدار تشريعات منظمة؛ مما سيؤدي إلى توفير عشرات المليارات من الدولارات سنوياً.

٢- تجربة مملكة السويد:

السويد هي أكبر الدول الاسكندنافية من حيث المساحة والسكان، ودائماً ما تعتبر بمثابة

النمــوذج لغيرها من الدول ذات الثقافة الاســكندنافية. والســويد هي مملكة دســتورية وديموقراطية برلمانية يحكمها دســتور يعود تاريخه إلى عام ١٩٧٥م. وقد انضمت الســويد للاتحاد الأوربي في عام ١٩٩٥م. ويبلغ تعداد ســكان مملكة السويد حوالي ١٠ ملايين نسمة وتبلــغ مســاحتها ٤٤٩,٩٦٠ كم٢ وهي مقســمة جغرافياً إلى ٢٠ إقليــماً يعين حكامها من قبل الحكومة المركزية ولها مجالس إدارية تمثل الحكومة المركزية. وتنقســم هذه الأقاليم إلى ٢٨٩ بلديــة (مقارنــة بـ ٢٥٠٠ بلديــة في عام ١٩٥١) لكل منها مجلــس بلدي منتخب. ويتــولى مجلس الإقليم المنتخب شــئون تقديم الخدمات الصحيــة والرعاية الطبية. بينما تتولى السلطات البلدية تقديم الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتخطيط المدني والإسكان والصحة العامة. ووفقاً للمعايير العالمية تتمتع مملكة السويد بمستوى صحي متميز وتنفق على الخدمات الصحية حوالي ٨,٤٪ من إجمالي الناتج المحلي.

الهدف العام للنظام الصحي في مملكة السويد: ضمان الصحة الجيدة والحصول العادل على الخدمات الصحية للجميع.

إدارة وتخطيط النظام الصحي في مملكة السويد:

يتــم إدارة وتخطيط الخدمات الصحية في مملكة الســويد من خلال ثلاثة مســتويات حكوميــة هــي الحكومة المركزيــة وحكومات الأقاليم والســلطات البلديــة. وتقوم هذه المستويات بأدوار مهمة في النظام الصحي السويدي وتمثل من خلال هياكل سياسية منتخبة من خلال الاقتراع المباشر وتتمتع بصلاحية تمويل أنشطتها من خلال فرض الضرائب وتحصيل الرسوم على الخدمات التي تقدمها. ويحدد قانون الخدمات الصحية الصادر في عام ١٩٨٢م مسئولية كل مستوى من تلك المستويات في تقديم الرعاية الصحية وتعزيز الصحة والوقاية من المرض في ظل عدد من المبادئ الأساسية والتي تشمل على ما يلي:

- شمولية الخدمات الصحية للجميع وفق شروط عادلة وبناءً على الحاجة للرعاية الصحية.
- مسئولية القطاع العام على تقديم وتمويل الخدمات الصحية لجميع السكان.
- إدارة النظام ومراقبته من خلال الأساليب الديموقراطية.
- اللامركزية في المسئولية عن تقديم الخدمات الصحية.

- تقديم الخدمات الصحية مع ضمان احترام كرامة المريض وحقه في اتخاذ قراره بنفسه.
- إتاحة الفرصة للمواطن في التأثير والمشاركة في الرعاية الصحية التي يحصل عليها.

وتختص وزارة الصحة والشئون الاجتماعية على المستوى المركزي بصلاحية رسم السياسات الخاصة بنظام الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية والطبية والخدمات الاجتماعية وشئون الأسرة، وإعداد مشاريع القوانين الجديدة لتقديمها للبرلمان. ويدخل في نطاق اختصاصاتها المجالات التالية:

- الرعاية الصحية والدوائية.
- طب الأسنان.
- رعاية المسنين.
- المشاكل المتعلقة بالإعاقة.
- الخدمات الاجتماعية للفئات المحرومة.
- الصحة العامة.
- توفير الدعم وتقديم المنح والخدمات لفئات المعوقين.

ويتبع لوزارة الصحة والشئون الاجتماعية الهيئات الإدارية التالية:

المجلس الوطني للصحة والرفاهية الاجتماعية:

وهو سلطة إدارية استشارية وإشرافية في مجال الخدمات الصحية والحماية الصحية والخدمات الاجتماعية ويتولى مهام المتابعة وتقييم الخدمات المقدمة للتأكد من تحقيقها للأهداف الموضوعة من قبل الحكومة المركزية من خلال ست وحدات إشرافية منتشرة في جميع أنحاء البلاد. ويهدف المجلس بصفة عامة إلى تعزيز الصحة والرفاهية الاجتماعية وضمان تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية وبصورة عادلة لجميع السكان. وفي هذا الصدد يزاول المجلس الصلاحيات والاختصاصات التالية:

- إصدار اللوائح والضوابط المنظمة لنشاطات القطاع الصحي المختلفة.
- الإشراف على الخدمات الصحية والطبية والاجتماعية.

- التخطيط لتقديم الخدمات الصحية والطبية والاجتماعية.
- تنسيق الخدمات الصحية والطبية والاجتماعية.
- مراقبة تقديم الخدمات الصحية والطبية والاجتماعية.
- تقديم التوصيات والأدلة العملية المنظمة لتقديم الخدمات الصحية.
- تحديد وتوثيق الإجراءات والأسـاليب العلميـة الحديثة في مجال تقديم الخدمة الصحية وتعميمها على مقدمي الخدمات الصحية.
- تقييم ومراجعة الخدمات المقدمة من خلال إجراء التحقيقات والإشراف على السـجلات الصحية الوطنية الخاصة بتوثيق الجودة في مجال تقديم الخدمات الصحية.

المجلس السويدي لتقييم التقنية في مجال الرعاية الصحية:

ينـاط بهذا المجلس مهمة التأكد من الاسـتخدام الكفء للمـوارد المخصصة للخدمات الصحية من خلال ممارسة الصلاحيات والمسئوليات التالية:

- تقييم كل من الأساليب الحالية والمبتكرة من منظور طبي واجتماعي وأخلاقي.
- مراجعـة المعـارف الحالية في الحقل الطبـي وجمع الأدلة العلمية من خلال الاسـتعانة بالخبراء والمتخصصين في مجالات المعرفة المختلفة.
- تزويد المسـئولين في الحكومـة المركزية والسـلطات المحلية والعاملـين في مجال تقديم الخدمات الصحية بالمعارف والمعلومات التي تم جمعها للاسترشاد بها في اتخاذ القرارات.

إدارة المنتجات الطبية:

وهي الجهة المسئولة عن وضع المعايير والمتطلبات الخاصة بتطوير وتصنيع وبيع الأدوية والمنتجات الطبية. وتهدف الإدارة من نشـاطاتها ضمان بـأن كلاً من المريض والعاملين في المجـال الصحي يحصلون عـلى أدوية آمنة وفعالة وبتكلفة اقتصاديـة مقبولة. وبالإضافة إلى السـيطرة على المنتجات الدوائية والطبية، تقوم إدارة المنتجات الطبية بنشر المعلومات الخاصة بتلك المنتجات ومنح التصاريح لإجراء التجارب الإكلينيكية ومنح الرخص والسيطرة عـلى الأدوية الطبيعية وغيرها من المنتجات الطبية. ويتم تمويل نشـاطات إدارة المنتجات الطبية من خلال العقود والرسوم.

مجلس المسئولية الطبية: ويتولى التحقيق والفصل في القضايا المتعلقة بالإهمال الطبي في القطاع الصحي والطبي.

مجلس المنافع الدوائية: وهو هيئة أقرها البرلمان السويدي بحيث تتولى مهمة تسعير الأدوية وغيرها من المنتجات الطبية لضمان تطابق أسعارها في جميع أنحاء البلاد، بالإضافة إلى اتخاذ القرارات حول مدى ملاءمة تقديم الدعم المالي الحكومي لبعض الأدوية والمنتجات الطبية باهظة التكاليف. أما على المستوى الإقليمي فيوجد هناك مجلس لكل إقليم من الأقاليم العشرين بالإضافة إلى سلطة محلية واحدة في جوتلاند (Gotland) تقوم بنفس المسئوليات المناطة بالمجالس الإقليمية فيما يتعلق بالصحة. وبموجب قانون الخدمات الصحية السويدي تتولى المجالس الإقليمية الإشراف على تقديم الخدمات الصحية والعمل على بلوغ مستوى جيد من الصحة لجميع السكان مع بعض الاستثناءات التي هي من مسئولية السلطات البلدية. وتمارس المجالس الإقليمية في المجال الصحي الصلاحيات والاختصاصات التالية:

- اتخاذ القرارات المتعلقة بتوزيع الموارد المخصصة للخدمات الصحية.
- التخطيط للخدمات الصحية المقدمة بما فيها خدمات طب الأسنان في القطاعين العام والخاص.
- ملكية وإدارة المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية وغيرها من المرافق الصحية التابعة للإقليم.

وتمنح السيطرة الكاملة على تقديم الخدمات الصحية للمجالس الإقليمية القدرة على اتخاذ قرارات هيكلية وشاملة في المجال الصحي. وبالإضافة إلى تقديم الخدمات الصحية تعتبر المجالس الإقليمية مسئولة عن بعض الشئون المتعلقة بالتعليم والثقافة والمواصلات العامة والتطوير الحضري. وتشترك هذه المجالس الإقليمية في عضوية ما يسمى باتحاد المجالس الإقليمية والذي يقوم بتنسيق العلاقات بين المستوى الوطني والإقليمي ويتولى الشئون المتعلقة برواتب العاملين في القطاع الصحي والظروف العملية الخاصة بهم. كما يتم التنسيق بين المجالس الإقليمية في مجالات الرعاية الطبية المتخصصة والبحوث وتدريب القوى العاملة من خلال وجود ست مناطق رئيسية للرعاية الطبية يوجد في كل منطقة

منها مستشــفى جامعي واحد على الأقل. ويتم التنسيق بين المجالس الإقليمية التي تكون المنطقة من خلال اتفاقيات. ومن المجالات التي تغطيها هذه الاتفاقيات على ســبيل المثال الرسوم الخاصة بتكلفة الخدمات الطبية المتخصصة.

وعلى المســتوى المحلي تتولى ٢٨٩ بلدية مسـئولية تقديم خدمــات الرعاية الاجتماعية وصحــة البيئة والإشراف على دور رعاية المســنين والرعاية المنزلية. وتعتبر المجالس البلدية مســئولة مســئولية كاملة عن تقديم الرعاية طويلة الأجل للمســنين والمعاقين. ويستطيع المريــض الاختيار بين مراجعة المركز الصحي أو طبيــب العائلة أو حتى الذهاب مباشرة إلى المستشــفى دون إحالة الطبيــب العام. أما إذا رغب المريض في مراجعة مستشــفى خارج الإقليــم الذي يقيم فيــه إقامة دائمة فيتطلــب الأمر في هذه الحالة الحصــول على إحالة. بينما تقــدم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال ٩٥٠ مركــزاً للرعاية الصحية الأولية تتــوزع في الأقاليم المختلفة والتي يتفاوت تنظيمها مــن إقليم إلى آخر ويعمل فيها الأطباء العامون والممرضون/الممرضات والقابلات. كما يعمل أحياناً في بعض مراكز الرعاية الصحية الأوليــة بعض الأخصائيين مثل أطباء الأطفال وأخصائيي النســاء والولادة. وتقدم خدمات الصحة المدرســية من قبل البلديــات لجميع طلاب المدارس حيث يعمــل في المدن الكبيرة الأطبــاء والممرضون/الممرضات كموظفين دائمين في المــدارس. أما في المدن الصغيرة والقرى فيتولى تقديم خدمات الصحة المدرســية الأطباء العامون والممرضون أو الممرضات العاملين في المقاطعات كجزء من وظائفهم الرئيسية. وتقدم خدمات رعاية الأمومة في مراكز خاصة من خلال القابلات وأخصائيي النســاء والولادة بالإضافة إلى الأطباء العامين. وتعد خدمات الصحــة المهنية من مســئوليات أرباب العمــل الذين يقومون بتقديمها مــن خلال الأطباء والممرضات المؤهلين لأغراض تقديم هذا النوع من الخدمات الصحية. أما بالنسبة لخدمات رعاية الأسنان فتتولى مصلحة طب الأسنان الوطنية تقديمها مجاناً لجميع الأطفال والشباب حتى ســن ١٩ ســنة. بينما يقوم البالغون بتغطية هذه الخدمــة جزئياً من خلال خدمات التأمين الصحي ســواء في المراكز الصحية العامة أو الخاصة. وتتفاوت مساهمة المستفيدين حســب تكلفة الخدمة والتي تخضع بدورها لجدول رســوم معتمد. وتمتلك شركة حكومية جميع الصيدليات في مملكة الســويد،لذا فإن جميع الصيادلة الذين يعملون في الصيدليات المنتشرة في أنحاء البلاد يعدون موظفين حكوميين.

الملاحظات العامة على تجربة مملكة السويد:

يمكن تلخيص تجربة مملكة السويد من خلال الملاحظات العامة التالية:

- يتمتع النظام باللامركزية في تنظيم وإدارة النشاط الصحي.
- يتم التخطيط ورسم السياسات لقطاع الخدمات الصحية من خلال الأجهزة المركزية المتمثلة في وزارة الصحة والشئون الاجتماعية والمجلس الوطني للصحة والرفاهية الاجتماعية.
- تتمتـع الأجهزة التنفيذية بدرجة عالية من المرونة في علاقتها الرقابية والمالية وتتم الرقابة على نشاطاتها من خلال تقييم مدى تحقيقها للمهام الموكلة إليها.
- يتــم التنســيق بين الأجهزة المعنية بتقديم الخدمات الصحيــة من خلال المجلس الوطني للصحة والرفاهية الاجتماعية على المستوى الوطني واتحاد المجالس الإقليمية الذي يقوم بتنسيق العلاقات بين المستوى الوطني والإقليمي، كما يتم التنسيق بين المجالس الإقليمية في مجــالات الرعاية الطبية المتخصصة والبحوث وتدريب القوى العاملة من خلال وجود ست مناطق رئيسية للرعاية الطبية.
- هنــاك توحيد للعلاقــات الشرائية والتعاقدية وخاصة فيما يتعلق بالأدوية والمســتلزمات الطبية والجراحية من خلال هيئة مركزية أنشئت لهذا الغرض.
- عــدم وجــود تفاوت في أجور الأطباء والفنيين على المســتوى الوطنــي حيث يتولى اتحاد المجالس الإقليمية الشئون المتعلقة برواتب العاملين في القطاع الصحي والظروف العملية الخاصة بهم.
- عــلى الرغــم من عدم وجود مركــز وطني للمعلومــات، يعتبر المجلــس الوطني للصحة والرفاهيــة الاجتماعية بمثابة مركز المعلومات من خلال الإشراف على الســجلات الصحية الوطنيــة الخاصة بتوثيق الجــودة في مجال تقديم الخدمات الصحيــة ونشر المعلومات والإحصاءات المختلفة عن أداء النظام الصحي بشكل عام.

٣- تجربة جمهورية فرنسا:

تشغل فرنسا مساحة تقدر بـ ٥٥٠,٠١٠كم٢ ويعيش عليها ٦٠ مليوناً من السكان، ويبلغ متوسط العمر للرجال ٧٦ سنة، في حين يبلغ متوسط العمر للنساء ٨٣ سنة، وحوالي ٢٥٪ من

الســكان تقل أعمارهم عن ٢٠ سنة، بينما تزيد أعمار ٢٣٪ منهم عن ٦٠ سنة. ويبلغ نسبة ما تنفقه فرنســا على الخدمات الصحية حوالي ١٠٪ من إجمالي الناتج المحلي. وبهذا تحتل فرنســا الترتيب الرابع من حيث نســبة الإنفاق على الخدمات الصحيــة بعد أمريكا وألمانيا وســويسرا، بينما يحتــل النظام الصحي الفرنسي وفقاً للتقرير الصحي الســنوي الصادر عن منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠١م المرتبة الأولى من حيث الكفاءة.

ومنذ عام ١٩٦٧م يغطى معظم أفراد الشعب الفرنسي وهم من يستلمون رواتب ثابتة بالخدمات الصحية ويشــكلون حوالي ٧٦٪ من مجموع الســكان مــن خلال برنامج التأمين الوطني، أما المزارعون والذين يشــكلون حوالي ٩٪ من مجموع الســكان فتتم تغطيتهم من خــلال ما يعرف بالتغطية الثانية للخدمــة (التغطية الذاتية المباشرة). ويتم تغطية ٧٪ من السكان بالخدمات الصحية من خلال ما يسمى بالتمويل الثالث والذي يقع تحت مسئولية وزاره الشــئون الاجتماعية والتوظيف، بينما يتم تغطية ٦٪ من مجموع الســكان من خلال برنامــج ضمان اجتماعي خاص تحت إشراف وإدارة وزارة الصحة. أما النســبة المتبقية من السكان والتي تبلغ ٢٪ فتغطى خدماتهم الصحية من خلال برنامج تأمين تطوعي.

وإلى جانب وزارة الشئون الاجتماعية والتوظيف التي تتولى تنظيم تمويل خدمات المرضى وبرنامج التأمين الصحي الوطني، فإن وزارة الصحة هي المسئولة بصفة عامة عن الخدمات الصحيــة في النظام الصحي الفرنسي ســواء الخدمات الوقائيــة أو العلاجية التي تقدم من خلال المستشــفيات أو المعاهد والكليات الصحية ومراكز الأبحاث الصحية مثل مركز باستر للأبحــاث. ويرتبط بالجهاز المركزي لوزارة الصحة الفرنســية ٢٢ منطقة صحية تغطي ١٠٠ إقليم، وتتركز مهام ومســؤوليات وزارة الصحة في الســيطرة على الأمراض الوبائية وتشجيع العناية بالأمومة والطفولة. كما يندرج ضمن مهام وزارة الصحة مســئولية تقديم خدمات الصحة المدرســية في مدارس التعليم العام باســتثناء الطاقم الطبي الموجود في كل مدرســة لأغــراض توعوية والذين يتبعون في العادة لــوزارة التربية. وتتولى الشركات التي يزيد عدد القوى العاملة فيها عن ٥٠ عاملاً تقديم خدمات الصحة المهنية والصناعية. وهناك تنسيق مســتمر بين كل من وزارة العمل ووزارة الصحة لتحقيق هذا التوجه. كما تشــارك وزارات البيئة والإســكان والزراعة المســئولية في نشــاطات صحة المجتمع والبيئة. ولابد من وجود مديرية للشئون الصحية في كل تجمع سكاني يصل تعداده إلى ٢٠٠٠٠ نسمة.

وتقسـم كل منطقة صحية إلى قطاعات صغيرة تصل إلى ٢٨٤ قطاعاً صحياً، ويتوفر لكل قطاع مستشفى مركزي عام ترتبط به كلية صحية. وتقسم المستشفيات في تلك القطاعات إلى أجنحـة للإقامة قصيرة الأجل وأخرى للإقامة متوسـطة الأجل وأجنحـة للإقامة طويلة الأجل. وتسـتفيد المستشفيات العامة من التجهيزات المتطورة والقوى البشرية المتميزة في المستشـفيات الخاصة غير الربحية. وتوجد معظم الأسرة في المستشفيات العامة الحكومية بينما يوجد حوالي ثلث عدد الأسرة خارج المستشفيات الحكومية. ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المرافق الطبية في فرنسـا هي المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة الربحية، والمستشفيات الخاصة غير الربحية التابعة لمؤسسات دينية وتطوعية.

وتقدم الخدمات الصحية في فرنسـا من خلال ١٠٠٠ مستشـفى عام منها ٣٠ مستشفى جامعـي تتبـع في الغالب لوزارة الصحة ويتـم التعاقد بين المستشـفى والجامعة لتدريب طلبتها. بينما يبلغ عدد المستشـفيات الخاصة ٢٥٠٠ مستشفى. وتعد المستشفيات بمثابة البنية الأساسـية للنظـام الصحي الفرنسي، حيـث لا يوجد مراكز صحية أو مسـتوصفات. ويعمـل في القطـاع الصحي الفرنسي حوالي مليوني شـخص، يعمل أكثر مـن نصف مليون منهم في المستشـفيات. كما يوجد خمسة مستشفيات عسكرية تحت إشراف وزارة الدفاع الفرنسية.

إدارة وتخطيط النظام الصحي الفرنسي:

تعتبر وزارة الصحة الجهاز الرئيسي المسـئول عن الخدمات الصحية في فرنسا. وقد حدد النظام الفرنسي مهام ومسؤوليات وزارة الصحة لتشمل ما يلي:

- رسم الإستراتيجيات والسياسات الصحية ووضع برامج محددة للصحة العامة.
- تحقيق السلامة الصحية.
- التخطيط الصحي وتقنين وضبط الإمكانات الصحية وتجهيزاتها الأساسية.
- ضمان سلامة وجودة المنتجات الدوائية والتجهيزات الطبية.
- فعالية التدريب وجودة العناية بالمهن الصحية.
- الإشراف على نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

ويرتبط بوزارة الصحة الهيئات الوطنية المتخصصة التالية:

الهيئة الفرنسية لسلامة المنتجات الدوائية والطبية:

تشــكلت بموجب القانون الصادر في ١ يوليو ١٩٨٨م وبدأت في ممارســة نشاطاتها في ٩ مارس ١٩٩٩م ويشــارك بها ٩٠٠ عضو في أربع مناطق هي: ســانت دنيس وليون ومونتبلير ولندن.

والهدف من إنشائها هو تقييم وفحص وضبط المنتجات الطبية من خلال ممارسة المهام التالية:

- جمع المعلومات العلمية الصحيحة عن المنتجات الطبية ونشرها للعامة والمختصين.
- التأكد من سلامة المنتجات الطبية.
- الاســتجابة السريعة في حالة ظهور أخطار ناجمة عن المنتجات الطبية على مكونات الدم والأعضاء والأنسجة والخلايا.

الهيئة الفرنسية لسلامة الغذاء:

تعمل تحت إشراف وزارات الصحة والزراعة والتجارة وتشكلت بموجب القانون الصادر في ١ يوليو ١٩٩٨م وبدأت في مزاولة نشــاطاتها في ١ أبريل ١٩٩٩م، ويعمل بها ٨٠٠ شخص ويتبع لها ١٢ مختبراً، وتمارس المهام والاختصاصات التالية:

- تقييم المخاطر الصحية الناجمة عن المنتجات الغذائية - بما فيها الماء - سواء تلك المخصصة للاســتهلاك الآدمي أو الحيواني. ويشــمل التقييم جميع مراحل إنتاج الغذاء بدءاً بالمواد الأولية وحتى المراحل النهائية لإنتاج المادة الغذائية ومن ثم وصوله إلى المستهلك.
- تنسيق الجهود والتعاون المنظم لاحتواء تلك المخاطر وإزالتها.
- إجراء الأبحاث في مجال صحة الحيوان ونظافة الغذاء والتغذية بصفة عامة.

المؤسسة الفرنسية للعناية بالدم:

تعمل المؤسسة تحت إشراف وزارة الصحة، وتشكلت بموجب القانون الصادر في ١ يوليو ١٩٩٨م وبدأت في مزاولة نشاطاتها في ١ يناير ٢٠٠٠م، ويعمل بها ٨٦٠٠ شخص موزعين على

١٨ قسماً محلياً وخارجياً ويتبعها ٢١٩ مركزاً لنقل الدم، وتمارس المهام والاختصاصات التالية:

- ضبط عمليات نقل الدم من خلال إتباع الأساليب والإجراءات الملائمة.
- ضمان توفر واستمرارية نقل الدم ومشتقاته.
- إجراء الأبحاث والدراسات العلمية والتقنية المتعلقة بسحب وضبط الدم.

هيئة مراقبة الصحة العامة:

تعمل تحت إشراف وزارة الصحة وتشــكلت بموجب القانون الصادر في ١ يوليو ١٩٩٨م وتم العمل بها في ٩ مارس ١٩٩٩م، ويعمل بها ١٤٠ شــخصاً في تسع مواقع إقليمية وتمارس المهام والاختصاصات التالية:

- مراقبة ورصد الحالة الصحية لأفراد المجتمع.
- إشــعار العامة وتحفيز الجهات المعنية في حالة وجود مخاطر ناجمة عن الأمراض المعدية أو تلوث البيئة وإعلام القوى العاملة بمخاطر الأمراض المزمنة والحوادث العامة.
- إجراء البحث والاستقصاء الوبائي وتنسيق جهود التعاون في هذا المجال.
- رصد المعلومات عن الأمراض من حيث حدوثها ومسبباتها.

هيئة زراعة ونقل الأنسجة والأعضاء:

تعمل تحت إشراف وزارة الصحة وتشكلت بموجب القانون الصادر في ١ ديسمبر ١٩٩٤م، ويعمل بها ١٢٠ شــخصاً في ٧ فــروع منتشرة في أنحاء البلاد وتمــارس المهام والاختصاصات التالية:

- العمل على الحد من حالات نقل الأنسجة والأعضاء.
- وضع الضوابط والإجراءات المنظمة لعمليات نقل الأنسجة والأعضاء البشرية.

الهيئة الوطنية للاعتراف والتقييم المهني:

تعمــل تحــت إشراف وزارة الصحة وتشــكلت في ٢٤ أبريــل ١٩٩٦م، ويعمل بها ١٤٦ شــخصاً، بالإضافة إلى مجموعة مــن الخبراء والمختصين في المجــال الصحي وعدد من ذوي الاهتمام بالشئون الصحية في الأقاليم. وتمارس المهام والاختصاصات التالية:

- تقييم الرعاية الصحية ومزاولة المهن الصحية.
- تطبيق شروط ومتطلبات الجودة النوعية في مجال الرعاية الصحية.
- إعــداد الأدلة والنــشرات المرجعية التي تحدد معايير ومتطلبات العمل في المستشــفيات العامة والخاصة.
- وضع الإرشادات والتوصيات الخاصة بالممارسة المهنية في مجال الرعاية الصحية.

مكتب الحماية من الإشعاعات:

يعمل تحت إشراف وزارة الصحة وتأســس في ١٩ يوليو ١٩٩٤م، ويعمل به ٢٢٥ شخصاً، ولــه فــروع في أربعة أقاليــم هي: أجن، أفجنــو، أنجر، ولاهوجو. ويمــارس المكتب المهام والاختصاصات التالية:

- التأكد من حماية وسلامة المجتمع ضد الإشعاعات الأيونية.
- توجيه وإرشاد العاملين في هذا المجال.
- مراقبه البيئة الإنسانية شاملة الهواء والماء والغذاء.

الهيئة الفرنسية لحماية وسلامة البيئة:

تعمل تحت إشراف وزارة الصحة وتشكلت بموجب القانون رقم (٣٩٨-٢٠٠١) الصادر في ٩ مايو ٢٠٠١م، ويعمل بها ٣٥ شخصاً. وتمارس المهام والاختصاصات التالية:

- العمل على ضمان سلامة البيئة.
- رصد وتقييم المخاطر الصحية الناتجة عن التلوث البيئي.
- تشــكيل الفرق المتخصصــة من الجهات المعنيــة في القطاع الصحــي الحكومي والخاص والأفراد المهتمين بشئون البيئة لغرض إجراء الدراسات والبحوث المستمرة في مجال حماية البيئة.

وعادة ما يشترك في عضوية هذه الهيئات ممثلون من وزارات الصحة، الزراعة، التجارة، والبيئــة والماليــة. ومن الأجهزة الفاعلة في النظام الصحــي الفرنسي التي لا تخضع لإشراف وزارة الصحة المجلس الصحي الوطني. وفيما يلي وصف لمهامه واختصاصاته.

المجلس الصحي الوطني:

يتألف المجلس من ٧٤ عضواً، ٣٨ من المهنيين الصحيين، ٢٢ ممثلين عن المجالس الصحية الإقليميــة و١٤ عضواً من ذوي الاختصــاص والتأهيل. ويعقد المجلس اجتماعاً دورياً مدته ثلاثــة أيام ينتهي بتقرير يقدم إلى البرلمان الفرنــسي. ويمارس المجلس المهام والاختصاصات التالية:

- إيجاد مصادر لرفع المستوى الصحي وتقييمه.
- العناية بصحة الطفل من بداية الحمل وحتى الولادة.
- استمرارية البرامج الوقائية والتوعية لسلامة أفراد المجتمع.
- الحفاظ على سلامة المسنين ومساعدتهم في الاعتماد على أنفسهم.
- تحسين الإجراءات الصحية لنظام السيطرة على الأورام السرطانية.
- منع عمليات الانتحار.
- تحسين إمكانيات تنظيم المعلومات حول وفيات الحوادث.
- خفض معدلات إصابات الأعضاء.
- إيجاد الوسائل المساعدة لرفع نوعية الرعاية الطبية.
- خلق التوازن في الخدمات الصحية على المستويات الإقليمية والمحلية.

أمــا على المســتوى الإقليمي فيوجــد في كل إقليم مديرية للصحــة العامة وعددها ٢٢ مديريــة، كــما يوجد كذلك مديرية للصحــة العامة في كل محافظــة أو إدارة محلية ويبلغ عددها ١٠٠ مديرية. وتعتبر جميع هذه المديريات مســئولة عن رســم خططها وتنفيذها وذلك من خلال مجالس الأقاليم ومجالس المحافظات المشكلة من القطاع الحكومي والقطاع الخاص. وعادة ما يكون أمناء المدن الرئيسية في الأقاليم هم رؤساء المجالس الصحية، فعلى ســبيل المثال: يتولى أمين مدينة باريس رئاسة المجلس الصحي في الإقليم الباريسي. ويتميز التنظيم الإداري الفرنسي باللامركزية في الإدارة.

الملاحظات العامة على التجربة الفرنسية:

يمكن تلخيص التجربة الفرنسية من خلال الملاحظات العامة التالية:

- يتميز تنظيم قطاع الخدمات الصحية باللامركزية في الإدارة مما يتيح مجالاً أكبر لسلامة وسرعة التنفيذ.
- تشارك عدد من الأجهزة والهيئات في الرقابة على أداء الأجهزة التنفيذية وتقييم مهامها في مجال تقديم الخدمات الصحية. بالإضافة إلى وزارة الصحة والهيئات المتخصصة التابعة لها والتي سبق ذكرها، تسهم جهات أخرى مثل نقابة الأطباء الفرنسيين والمجالس الطبية الإقليمية والمحلية في عمليات الرقابة على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية. كما تسهم مجالس إدارات المستشفيات من خلال أسلوب الرقابة والتقييم الذاتي لنشاطاتها.
- تعتبر وزارة الصحة هي الجهة المسئولة عن رسم الإستراتيجيات والسياسات المنظمة لأنشطة القطاع الصحي.
- يتم التنسيق على المستوى القومي من خلال المجلس الوطني، أما على المستوى الإقليمي فتتم عمليات التنسيق من خلال مجالس الأقاليم ومجالس المحافظات.
- هناك تفاوت كبير في أجور الأطباء والفنيين بين الأجهزة الحكومية المدنية والعسكرية.
- لا يوجد مركز وطني متخصص للمعلومات الصحية، وإنما يمكن الحصول على جميع المعلومات الصحية عن طريق مركز التحصيل الإلكتروني التابع لوزارة الصحة والذي تم إحداثه مؤخراً.

٤- تجربة المملكة المتحدة:

المملكة المتحدة بلد يجمع بين الحكم الديمقراطي والملكية، وتتألف من أربعة دول هي: إنجلترا، ويلز، اسكتلندا، وأيرلندا الشمالية. ولكل دولة من هذه الدول جذور وخلفية تاريخية عريقة، وقد اتحدت هذه الدول لتشكل دولة واحدة. وتبلغ مساحة دول المملكة المتحدة مجتمعة ٢٣٣١٠٠ كم٢ أي ما يعادل خمس مساحة المملكة العربية السعودية، بينما يعيش فيها حوالي ٦٥ مليون نسمة. ويبلغ معدل النمو السكاني فيها ٠,٣ ٪ سنويا. وتنفق المملكة المتحدة على الخدمات الصحية حوالي ٦,٧ ٪ من إجمالي الناتج المحلي.

يعتبر النظام الصحي في المملكة المتحدة من أقدم النظم الصحية في العالم، حيث يعود تاريخ الخدمات الصحية المنظمة في المملكة المتحدة لحوالي عشرة قرون مضت، وبذلك أصبحت جزءاً لا يتجزأ من البنية الاجتماعية والمؤسساتية البريطانية. وبحلول

عام ١٩١١م أنشـئت المؤسسة الوطنية للتأمين الصحي لتغطي نفقات علاج الطبقة العاملة من الجنســين الذين لا تتجاوز دخولهم حداً معيناً، وتتم معالجتهم من قبل أطباء العموم، ويتطلب الحصول على الخدمة أن يقوم الفرد بتســجيل اسمه لدى طبيب العائلة للحصول على الرعاية الضرورية وكانت الأجور تدفع ســنوياً. وفي عام ١٩١٩م أنشـئت وزارة الصحة البريطانيــة ثم دمجت مع وزارة الخدمة الاجتماعية في عام ١٩٦٨م لتشــكل الإدارة العامة للخدمــات الصحية والاجتماعية. وقد مر الهيــكل التنظيمي للخدمات الصحية خلال تلك الفترة بعدة مراحل وتغيرات. وخلال الحرب العالمية الثانية ظهرت فكرة الضمان الاجتماعي وعــلى وجه التحديد في عام ١٩٤٢م والذي شــمل الخدمات الصحية القومية. وفي الســنة ذاتها صدر تقرير بيفردج « Beveridge" الذي أوصى بإنشــاء دولة الرفاهية الشاملة وجاء من ضمــن توصيات التقرير إيجاد خدمات صحية وطنية. وفي عام ١٩٤٤م صدر ما يعرف بالورقة البيضاء والتي اشتملت على ثلاثة عناصر رئيسية هي:

١- ضمان توفير الفرص المتســاوية لجميع الســكان للحصول على الخدمات الصحية بصرف النظر عن الإمكانات المالية أو العمر أو الوظيفة.

٢- تقديم الخدمات الصحية مجاناً، فيما عدا بعض الرسوم على بعض الخدمات.

٣- توفير خدمات شاملة علاجية ووقائية.

وفي عــام ١٩٤٨م تكاملت فكرة الخدمات الصحية الوطنية والتي ضمنت لكل المواطنين الرعاية الصحية المجانية الشــاملة لخدمات أطباء العموم وخدمات المستشفيات وخدمات الصحة العامة. وتتلخص هذه الخدمات في الرعاية الصحية الأولية المقدمة من قبل طبيب العائلــة، والخدمات الصحية المتقدمة مثل العيادات الاستشــارية وخدمات المستشــفيات. ويتم تقديم هذه الخدمات مجانــاً وذلك من خلال أنظمة الضمان الاجتماعي ومدفوعات الضرائب الخاصة والعامة، أما ما يخص الخدمات الصحية التكميلية مثل جراحات التجميل والعمليــات الجراحية غير المدرجة ضمن النظام فيتم دفعها من قبل المرضى مباشرة أو عن طريق التأمين الصحي الشخصي.

وفي عهد رئاسة السيدة مارجرت تاتشر أُعيد توزيع الخدمات الصحية نظراً لاتساع نطاقها وتضخــم نشــاطاتها على نحو لا يمكن تأديته من خلال جهاز واحــد. ولا يزال النظام يمر في

مرحلــة انتقالية، حيث يقوم جهــاز الخدمات الصحية الوطنية بإعــداد خطة طويلة الأجل وذلك بعد أن أدرك المســؤولون بأن الحاجة إلى تركيــز الخدمات الصحية وترتيب الأولويات بغــرض تنفيــذ التوجه لتطوير الأداء في الخدمة الصحية. وطبقاً لذلك ســوف تتغير موازين القــوى على الصعيدين المالي والإداري لتتحول إلى المســئولين في الخطــوط الأمامية القائمين على تشــغيل وتقديم الخدمات الصحية والذين هم أكثر قدرة على رؤية وفهم الاحتياجات الأساسية للمرضى وتقديم ما يناسبهم من خدمات. وعلى ضوء إعادة هيكلة تنظيم السلطات الصحية في الدولة، فقد أدى التغيير إلى خفض عدد الســلطات الصحية وتعديل مســمياتها، وإنشاء إدارات ووكالات صحية وسلطات استراتيجية وأمانات على المستوى الأول من الرعاية الصحية وعلى مستوى المستشفيات، بالإضافة إلى إيجاد مراكز التشخيص المتخصصة.

إدارة وتخطيط النظام الصحي في المملكة المتحدة:

يعتبر البرلمان أو ما يعرف بـ (مجلس النواب) هو الجهة الأولى المســؤولة عن الخدمات الصحية الوطنية. أما إدارة الصحة والضمان الاجتماعي فهي مسؤولة عن خدمات المعاشات وتعويضــات البطالة ودعم الفقراء. وتعتبر الإدارة العامة للصحة هي الجهة العليا المركزية المســؤولة عن إدارة وتقييم أداء الجهات الصحية والمتمثلــة في الخدمات الصحية الوطنية المســؤولة عن الخدمــات العلاجية ذات المســتويين الثاني والثالث والصحــة العامة إضافة إلى الرعايــة الأوليــة (الصحيــة والاجتماعية). وتــؤدى هذه المهام الثــلاث من خلال عدد مــن التنظيمات الحكومية المختلفة. وتمارس وزارة الصحــة البريطانية دور المقدم الرئيسي للخدمات الصحية والاجتماعية بكل مستوياتها، إضافة إلى وجود خدمات عسكرية محدودة ذات صلــة بالطب الميداني، وخدمات أخرى تقدم للمســاجين، علــماً بأن خدمات مصلحة الســجون في طريقها إلى الدمج تحت مظلة وزارة الصحــة. وبذلك فإن وزير الصحة يعتبر مسؤولاً أمام البرلمان عن تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية.

ويتكون التنظيم الإقليمي للجهات المقدمة للخدمات الصحية في بريطانيا على النحو التالي:

السلطات الصحية الإقليمية:

يوجد في إنجلترا ٩٥ سلطة صحية إقليمية يخدم كل منها حوالي ٥٠٠٠٠٠ نسمة. وتمارس السلطة الصحية الإقليمية المهام والاختصاصات التالية:

- تقدير الاحتياجات الصحية للسكان التابعين لها.
- رســم السياســات الصحية المناســبة للوفاء باحتياجات ســكان المنطقة من خلال البرامج الصحية.
- تقدير حجم وموقع كل نوع من تلك البرامج حسب الاحتياجات الصحية للسكان.
- تحديد أهداف تلك البرامج ومعايير تقييمها للتأكد من مدى فاعليتها وكفاءة أدائها في ظل الأولويات الوطنية المرسومة لها.
- دعم وتطوير خدمات وبرامج الرعاية الأولية للسكان في المنطقة.

وقد أدت إعادة الهيكلة المستمرة في النظام الصحي البريطاني إلى تقليص عدد السلطات الصحيــة الإقليمية وتغيير مســمياتها ابتداءً من ١ إبريل ٢٠٠٢م؛ ليصبح هناك ٢٨ ســلطة صحية إســتراتيجية بدلاً من ٩٥ سلطة صحية إقليمية وأربع مديريات صحية بدلاً من ثماني مديريات صحية. ومن أبرز مهام هذه الســلطات الصحية الإســتراتيجية هو تحديد ورسم الإســتراتيجيات والتوجهات العامة للشؤون الصحية في نطاق حدودها الجغرافية. كما تملك الســلطات الصحيــة صلاحية تحويل الموارد المالية المخصصة مــن قبل الحكومة المركزية في الميزانية العامة للدولة إلى خدمات علاجية حســب الحاجة الطبية الفعلية للســكان الذين يعيشون ضمن حدودها الجغرافية. كما يحق للمريض العلاج في منطقة أخرى في حالة عدم توفر التخصص المناســب في المستشفيات القريبة منه وذلك بتحويل من المستشفى الأقرب وبموافقة من السلطة الصحية المحلية المختصة.

أمانات الرعاية الأولية:

تعتــبر أمانات الرعاية الأولية إحــدى النتائج التي تمخضت عن مــشروع إعادة هيكلة النظــام الصحــي البريطــاني، وأصبحت مســئولة عــن جميع خدمــات المجتمــع الصحية والاجتماعية باستثناء خدمات المستشفيات. وترتبط أمانات الرعاية الأولية تنظيمياً وإدارياً ومالياً مباشرة بالســلطات الإســتراتيجية. وحســب التنظيم الجديد، يوجد حوالي أكثر من ٣٠٠ أمانة، كل منها مســؤول بصورة مباشرة عن منطقة خدمات معينة يتراوح عدد سكانها ما بين ١٠٠٠٠٠ – ٢٥٠٠٠٠ نســمة من الســكان. ويتبع لكل أمانة عدد من مراكز الرعاية الأولية. وهذه المراكز مسؤولة عن تقديم وتقويم وترخيص الخدمات الصحية والاجتماعية

العامــة والخاصة مثل بيوت التمريض والإيــواء وعيادات العيون ومحلات النظارات الطبية وغيرها. كما تتولى بشــكل مباشر وغير مباشر الشــئون الصحية الأخرى مثل سلامة الأغذية والميــاه والصرف الصحي والبيئة العامة للأحياء الســكنية وما شــابهها. كــما تقوم أمانات الرعاية الأولية بتوفير خدمات المستشــفيات بمختلف أنواعها ومســتوياتها للسكان التابعين لها حســب الاحتياج الفعلي لكل مريض من خلال التعاقد مع المستشفيات المجاورة، حيث مكــن التنظيــم الجديد الأمانــات من الحصول على المــوارد المالية اللازمــة لشراء خدمات المستشفيات للسكان التابعين لها.

ويتــم الإشراف على أمانات الرعاية الأولية وإدارتها من قبل مجلس الأمناء الذي يتكون عادة من فريق من الأطباء الممارســين والممرضــات وأخصائيي الخدمة الاجتماعية وممثلين عــن المجتمع إضافة إلى مدير تنفيذي. وتتمتع كل أمانة بالاســتقلال الإداري والمالي وتدير شئونها ذاتياً.

أمانات الرعاية للمستويين الثاني والثالث:

وفقــاً للتنظيــم الجديد يوجد في بريطانيا ٣٠٠ أمانة يتكــون كل منها من مجموعة من المستشــفيات التي تدار من قبل مجلس أمناء يضم رئيساً وعدداً من الأمناء غير التنفيذيين والمعينين من قبل وزير الصحة، إضافة إلى فريق من التنفيذيين يرأســه أحدهم. وأصبحت هذه الأمانات مســؤولة أمام السلطات الصحية عن إســتراتيجية تقديم الخدمات العلاجية للسكان.

أمانات المستشفيات:

وهي عبارة عن منظمات تتمتع بصلاحيات كاملة لإدارة شــؤونها وشــؤون المستشفيات التابعــة لهــا بالتعاون مع الســلطات الصحية المحلية لتقديم أعلى مســتوى من الخدمات العلاجية للسكان. وتحقق الأمانات إيراداتها من خلال بيع خدماتها على السلطات الصحية الإستراتيجية التي تملك الميزانية المخصصة للخدمات العلاجية من قبل الحكومة المركزية.

ومن أبرز المهام التي تمارسها أمانات المستشفيات ما يلي:

- الموازنة بين إيراداتها وبين مصروفاتها.

- التأكد والحرص على تقديم خدمات صحية ذات معايير عالية الجودة.

ويعتـبر هــذا التعاقد هو المصــدر الرئيــسي لإيرادات أمانــات المستشــفيات. وهذه المستشــفيات هي عبارة عن مستشفيات عامة على مستوى المناطق ويخدم كل واحد منها مــا بين ٢٥٠,٠١٠-٣٠٠,٠١٠ نســمة. وتقدم خدمات علاجية تشــمل العيــادات الخارجية وخدمــات التنويم، إضافة إلى وجود عــدد من المراكز العلاجية المتخصصة ذات المســتوى الثالث مــن الخدمة مثل مراكز معالجة السرطان وأمــراض القلب والمخ والأعصاب والكلى وغيرها. ويحق للأطباء الاستشــاريين العاملين في المستشفى العام تحويل أي مريض يحتاج إلى خدمات متخصصة إلى تلك المراكز.

أما على مســتوى المنهجية المتبعة في تقديم الخدمات الصحية تقوم الســلطات الصحية الإســتراتيجية بتخطيط وتقييم جميع مســتويات الرعاية الصحيــة، وللمريض حرية اختيار الطبيــب، كما أن الطبيب لــه الحق باختيار مرضاه، وللطبيب العــام حرية اختيار وتنظيم عيادتــه الخاصــة. وعندما توافق لجنة طــب العائلة على العيادة يحــق للطبيب البدء في تقديم خدماته ويتقاضى مقابل تلك الخدمات ما يلي:

١- راتب سنوي مقطوع.

٢- رســوم خاصــة لقاء الخدمات التــي يقدمها مثل خدمات رعايــة الحوامل والتحصينات والزيارات الليلية.

٣- رسوم إضافية مقابل الخدمات التي تقدم لكبار السن.

وفي مقابــل تلك المنافــع، يقوم طبيب الأسرة بتقديم الرعاية الصحية للأفراد المســجلين لديه، ويكون مســؤولاً عن تغطيتهم على مدار الساعة بطريقة المناوبة والتفويض، كما أنه المســؤول الأول عن إدخال المســتفيد إلى نظام الخدمات الصحيــة الوطنية، ويتولى العناية الطبية المتصلــة للعائلة والأفراد من جميع الجوانب الوقائيــة والعلاجية. والجدير بالذكر هو أن جميع المســتفيدين من الخدمات الصحية مســجلون لدى طبيب العائلة المســؤول عن تحويلهم أو عرضهم على خدمات الأخصائيين أو المســتويات التخصصية. وبناءً على ما جاء في النظام فإنه يحق للأطباء وعلى وجه التحديد أطباء الأسرة تنظيم عملهم حســب ما يــرون من حيث تغطيــة العمل وتنظيم وتوزيع الجــداول، والتوظيف وتأمين ما يحتاجون

من أجهزة ومســتلزمات طبية. وبالرغم من هذه الاســتقلالية، إلا أن هناك ضوابط واضحة وصريحة ومركزية منها على ســبيل المثال أنه لا يحــق لأطباء الأسرة الإشراف على مرضاهم داخل المستشفيات، أو رفض أي مريض يسكن داخل نطاقهم الجغرافي ويرغب في التسجيل لديهم.

أما على صعيد الخصخصة في النظام الصحي البريطاني، فإنه وبالرغم من شمولية النظام الصحــي من حيث التغطية والانتشــار ومجانية الخدمات الصحية للمســتفيدين، فقد بدأ القطاع الصحي الخاص بالنمو والظهور حيث ارتفعت نســبة مشــاركة مؤسســات القطاع الصحي الخاص والتي تتراوح نســبة مشــاركتها في الوقت الحاضر ما بين ٣-٤ ٪ من إجمالي الخدمات الصحية المقدمة في المملكة المتحدة.

الملاحظات العامة على تجربة النظام الصحي البريطاني:

يمكن تلخيص تجربة المملكة المتحدة من خلال الملاحظات العامة التالية:

- مركزيــة التخطيــط والتقويم الإســتراتيجي من خلال وزارة الصحــة المتمثل في الخدمات الصحيــة الوطنية، واللامركزية في تنفيذ النشــاطات المرتبطة بتقديــم الخدمات الصحية حيث تتمتع الإدارات الصحية التنفيذية على مســتوى السلطات المحلية بالمرونة الكافية في أداء أعمالهــا، بالإضافــة إلى متابعة أداء الأعــمال الإدارية والفنيــة المقدمة في جميع المستويات بناء على النشاطات ومدى تحقيقها للأهداف المرسومة.
- يتميــز التنظيم الجديد للخدمــات الصحية بأن الجهات التنفيذية على مســتوى الرعاية الأولية هي التي تملك الميزانية وحق التصرف فيها، بحيث يمكنها التعاقد مع المستشفيات لشراء خدمات علاجية لأفراد المجتمع التابعين لكل أمانة رعاية أولية.
- تتــم متابعــة أداء الأعــمال الإدارية والفنيــة المقدمة من خــلال مراكز الرعايــة الأولية والمستشــفيات الموجودة في المقاطعات من قبل الســلطات الصحية الإستراتيجية التابعة لوزارة الصحة.
- تعتبر المشــاركة في الأعمال الإدارية والفنية بين المســتويات الإدارية من السمات الرئيسية للنظام الصحي البريطاني الذي يعمل باســتقلالية، حيث يعتمد على اللامركزية في الأعمال

التنفيذيــة المخولة للمناطــق الإدارية من قبل مجلس الخدمــات الصحية الوطنية الذي بدوره يعنى بدراسة السياسات والإستراتيجيات على مستوى المملكة المتحدة.

- يتصف التنظيم الحالي للخدمات الصحية بدرجة عالية من التنســيق بين الجهات المعنية بالخدمــات الصحيــة بمختلف مســتوياتها وأهدافها مثل التنســيق الحاصل بين الجهات التعليمية والتدريبية وبين مقدمي الخدمة الصحية.
- تبني النظام أســلوب اللامركزية في تخصيص ميزانية لكل مرفق على مختلف المســتويات الإداريــة، وتبنــي مفهوم التحديث والتطوير المســتمر للأنظمة والمبــاني من خلال إدارة مختصة.
- لا يوجد تفاوت في أجور الأطباء والفنيين بين الأجهزة والمستويات المختلفة حيث تتساوى إلى حد كبير الرواتب والحوافز بين الفئات المتماثلة من الكوادر الصحية.
- يفتقر النظام إلى جهاز وطني للمعلومات الصحية على الرغم من الاهتمام الشديد بإدخال نظم المعلومات في المرافق الصحية.

٥- تجربة مملكة ماليزيا:

تقع مملكة اتحاد ماليزيا في الجنوب الشرقي لقارة آسيا وتبلغ مساحتها الكلية ٣٣٠,١١٣ كم٢ ويبلغ عدد ســكانها حوالي ٣٠ مليون نســمة. وقد نالت اســتقلالها عام ١٩٥٧م من الاســتعمار البريطاني. وماليزيا مملكة متعددة الأقليات في تركيبتها السكانية. وتعتبر المالايا من أكبر الأقليات العرقية وتشــكل نسبة ٤٧ ٪ من مجموع الســكان، تليها الأقلية الصينية بنسبة ٣٣ ٪ ثم الهنود بنسبة ٩ ٪، أما السكان الأصليون فيشكلون النسبة المتبقية والبالغة ١١٪. وتتمتع مملكة اتحاد ماليزيا بســجل صحي جيد مقارنة بغيرها من الدول الأســيوية ويبلغ العمر المتوقع عند الولادة ٧٠,٢ سنة للذكور و٧٥ سنة بالنسبة للإناث.

وتعتبر مملكة اتحاد ماليزيا من الدول الأســيوية الإسلامية التي أخذت في التحول السريع من دولة نامية إلى مصاف الدولة المتقدمة في جميع المجالات المختلفة. فقد ســجل الاقتصاد الماليــزي خلال العقود الثلاثــة الماضية أداء رائعاً ومتميزاً تمثل في النمو الاقتصادي بمتوســط ســنوي بلغ حــوالي ٨,٥٪ وتضاعف دخــل الفرد أربع مــرات منذ اســتقلالها في عام ١٩٥٧م وانخفاض معدل الفقر من حوالي ٥٢,٥٪ إلى ٥,٥٪. وتعتمد الإســتراتيجية الوطنية في ماليزيا

كغيرها من البلدان النامية في جنوب شرق أسـيا على الرعايـة الصحية الأولية كمحور رئيسي لتقديم خدمات صحية للجميع وبتكاليف يستطيع المجتمع والدولة تحملها، في الوقت الذي لا يمكن أن تحقق الخدمات الصحية التقليدية (مثل خدمات الأطباء والمستشفيات) متطلبات السـكان الأساسـية؛ لأن ذلك يتطلب زيادة كبرى في الموارد البشريـة المؤهلة وما يتطلبه مد الخدمات الصحية لتغطية الكثافات السكانية في القرى والأرياف من نفقات باهظة.

وفي ظل هذا التوجه ومنذ عام ١٩٧١م منحت الحكومة الفيدرالية ممثلة بوزارة الصحة أولوية خاصة للخدمات الصحية الأولية في الأرياف، وهي خدمات متكاملة تشمل الخدمات الصحية الوقائية والتثقيفية والتشـخيصية. كـما كان هناك تركيز خاص على صحة الأمومة والطفولة والرعاية العلاجية الأساسية وصحة الأسنان إلى جانب خدمات صحة البيئة. ولقد خُططت رعاية المرضى بشكل يميل إلى المركزية بحيث تكون الرعاية الطبية الأولية في الريف والرعاية الثانوية في الوسـط والرعايـة الثالثة (المتقدمة) في المركـز ويربطهم جميعاً نظام إحالة مناسب. وبالرغم من وجود هذه البنية الأساسية لتغطية كافة أنحاء البلاد بالخدمات الصحيـة، إلا أن هناك نسـبة من السـكان لا تزال غير قادرة على الحصـول على الخدمات الصحيـة بشـكل كاف. ومن هنا بدا واضحـاً أن الرعاية الصحية الأوليـة أو (حركة صحة المجتمع) كما هي معروفة في ماليزيا، هي الحل للمشـكلة. ولكي يتم تغطية سكان الريف الماليزي، اسـتخدمت السـلطات الصحية الفرق المتنقلة في شـبه جزيـرة ماليزيا وخدمات الطبيب الطائر في ولايتي صباح وسـاراواك كخدمة مؤقتة للسـكان الذين لا يسـتطيعون الوصول إلى الخدمات الصحية إلى أن تمتد الخدمات الصحية الدائمة لتصل جميع المناطق.

ويشـبه النظام الصحي الماليزي النظام الصحي السـعودي في تعدد الجهات التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية. فبالإضافة إلى وزارة الصحة المسئول الرئيسي عن تقديم الخدمات الصحية، تقوم كل من وزارة التعليم ووزارة العمل ووزارة الشئون الداخلية ووزارة الشئون الاجتماعية ووزارة الثقافة والشـباب والرياضة والأجهزة العسـكرية بالمسـاهمة في تقديم خدمـات ذات علاقة بالنظام الصحي الماليزي. كـما تقوم عدة جهات أخرى مثل الخطوط الماليزية وسـكة الحديـد الوطنية ومجلس إدارة الحجاج بامتـلاك وإدارة عدد من المرافق الصحية.

إدارة وتخطيط النظام الصحي في مملكة اتحاد ماليزيا:

يتـــم تقديم الخدمات الصحية من قبل الحكومة المركزية، كما يوجد في ماليزيا ١٣ ولاية يتوفـــر لكل منهـــا إدارة صحية وطبية متكاملـــة تتبع لوزارة الصحـــة المركزية. وترتبط كل إدارة مـــن هـــذه الإدارات الصحية بمدير لهـــا تتوفر لديه جميع الصلاحيات والمســـؤوليات الممنوحة من وزارة الصحة. كما يوجد في كل من هذه الولايات مقاطعات مركزية يتوفر بها مراكز وإدارات صحية، يكون مديرو الخدمات الصحية في هذه المقاطعات مســـئولين فقط عـــن تقديم خدمات الصحـــة العامة (الطب الوقائي)، أما المستشـــفيات والمراكز الصحية في المقاطعـــات فتتبع مباشرة للإدارات الصحية في الولايات. وفيما يلي وصف للأجهزة الصحية المسئولة عن تقديم الخدمات الصحية في مملكة اتحاد ماليزيا:

وزارة الصحة:

تعتبر وزارة الصحة الماليزية هي الجهة المســـؤولة عن النظام الصحي في البلاد وتنظيمه وتمثل الحكومة المركزية في هذا المجال. وتتلخص أهداف وزارة الصحة في النقاط التالية:

- ضمان المســـاواة في الحصول على الخدمات الصحية من حيث التوزيع الجغرافي والتكلفة وشمولية الخدمة واستمراريتها.
- ضمان الحصول على رعاية صحية ذات جودة من خلال توفر قوى عاملة مؤهلة وتكنولوجيا مناسبة وموارد ملائمة ووضع معايير ممارسة مقبولة.
- توعية المواطنين بأهمية العناية بالصحة والتزامهم باتخاذ الإجراءات الكفيلة بالحفاظ على حالتهم الصحية وتحسينها.
- دعم أســـلوب تقديم الرعاية الصحية الأولية من خلال خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية.
- تقديم خدمات صحية شـــاملة وذات جودة عالية في ظل اســـتمرارية مستوى الرعاية من العلاجي إلى التأهيلي باستخدام التكنولوجيا المناسبة لتحسين النتائج الصحية.
- توثيق التنسيق والتعاون والمشاركة في الموارد مثل المعلومات وغيرها داخل وبين الإدارات المعنية بشؤون الخدمات الصحية.

وتمارس وزارة الصحة الماليزية المهام والاختصاصات التالية:

١- تحقيق القدرة العليا لتقديم الخدمة الصحية لتمكين المواطنين من تحقيق أعلى مستوى صحي ممكن.

٢- حث المواطنين على النظر للصحة بمفهوم إيجابي.

٣- اتخاذ الإجراءات الإيجابية لتحسين الحالة الصحية للمواطنين والوصول إلى أفضل مستوى ممكن من الحياة.

وتعتمـد وزارة الصحــة في تحقيق أهدافهــا والقيام بالمهام الموكلــة إليها على عدد من الإدارات المتخصصــة مثــل الإدارة التنفيذيــة والمالية، إدارة الصحة العامــة، الإدارة الطبية وطب الأسنان، إدارة الأبحاث والمساندة الفنية والمختبرات، إدارة التدريب، الإدارة الهندسية والهندسة الطبية، مركز المعلومات والإحصاءات الصحية، إدارة التخطيط والتطوير الصحي، إدارة العلاقات الدولية الصحية، وإدارة التطوير الصحي العائلي.

وتتعــدد الخدمات الصحية المقدمة من وزارة الصحة لتشــمل خدمــات الطب الوقائي مثــل خدمات رعاية الأمومة والطفولة وصحة البيئة والوقاية من الأمراض وحماية الأطعمة ومكافحة الأمــراض الوبائية والأمراض الصدرية، وتحصينــات الأطفال، والوقاية من أمراض الأســنان وغيرهــا من خدمات التثقيف الصحي. كما تقدم الــوزارة الخدمات العلاجية من خلال شــبكة من المراكز الصحية والعيادات والمستشــفيات المنتشرة في جميع أنحاء البلاد. وتغطى الخدمات العلاجية الأمراض بجميع أنواعها، مثل الأمراض المزمنة، الأمراض العضوية، والعلاج النفسي، بالإضافة إلى تقديم خدمات طب الأسنان لفئات محدودة من السكان.

كــما تعتبر وزارة الصحة الماليزية هي المســؤولة عن أي تحويــل يتم عن طريق المراكز الصحية الموجودة بالمقاطعات. أما الخدمات الصحية الموجودة بالقرى الصغيرة فهي عبارة عن مراكز صحية صغيرة ترتبط بعضها ببعض من خلال شبكة يوجد بها خدمات صحية أولية وقابلات نســائية. وتقدم هذه المراكز الخدمات الصحية لعدد كبير من الســكان والقرويين ويطلــق على هــذه المراكز نظام الخدمــات الصحية الريفي. وقد بــدأ العمل به منذ عام ١٩٥٣م وتطــورت المراكز الصحية التابعة لأنظمة الخدمات الصحية الريفية، حيث أصبحت

تقــدم خدمات صحيــة ذات جودة نوعية عالية كمـا ارتفعت نسـبـة السـكان القروييـن المستفيديـن مـن خدماتهـا.

وبالإضافة إلى وزارة الصحة، يســهم عدد من الأجهزة والوحــدات الحكومية الأخرى في تقديــم الخدمات الصحية في ماليزيا. ومن الأجهــزة التي تلعب دوراً حيوياً في هذا المجال ما يلي:

وزارة التعليم:

يوجــد لدى وزارة التعليم الماليزية عدد من المستشــفيات الجامعية التابعة للجامعات الحكوميــة، بالإضافــة إلى المستشــفيات المملوكــة من قبــل الجامعات الخاصــة. وتقدم المستشــفيات الجامعيــة الخدمات الطبية من خلال البرامج التدريبيــة والتعليمية لكليات الطب والكليات الصحية الأخرى.

وزارة العمل:

ويتبع لهــا عيادات صحية تقــدم خدماتها للعمال، بالإضافة إلى خدمــات التحويل إلى المستشــفيات العامــة والخاصة من خلال برنامــج صحي خاص بالعمال يعرف بسوكســو (SOCSO).

وزارة الأرض والمناجم:

وتهتم هذه الوزارة بشؤون الأرض والتنقيب عن المعادن النفيسة عن طريق حفر الأنفاق والمناجم في مناطق وعرة ونائية عن المدن الرئيسية. وتقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية للأعــداد الكبيرة مــن العمال من خلال بعض العيادات الصغــيرة المنتشرة في مناطق العمل ومن ثم تحويلهم عند الحاجة إلى المستشفيات التي يتوفر بها جميع التخصصات العلاجية.

وزارة الثقافة والشباب والرياضة:

تملــك الوزارة بعض العيادات والمراكز الطبية المتخصصــة التي تقدم الخدمات الصحية لفئة الشباب والرياضيين وخصوصاً مراكز الطب الرياضي.

القوات المسلحة الماليزية:

يتوفر لدى القوات المسلحة الماليزية نظام صحي عسكري متكامل، يتكون من عدد من المســتوصفات والوحدات الصحية المركزة في المدن والقواعد العسكرية، والتي ترتبط بعدد من المستشفيات العسكرية التي تقوم بتقديم الخدمة العلاجية للعسكريين وذويهم.

وبالإضافة إلى هذه الجهات الحكومية، تســهم عدد من الجهات غير الحكومية بتقديم الخدمات الصحية منها، على سبيل المثال، ما يلي:

القطاع الخاص:

يســهم القطـاع الخاص فـي تقديم الخدمـات الطبيـة مـن خلال عـدد من المستشــفيات الخاصـة. وتتميز المستشــفيات الخاصة الماليزية بتوظيف التكنولوجيا الحديثة في أنشــطتها المختلفة، حيث يوجد في ماليزيا تجربة فريدة في العالم تتمثل في وجود مستشفى يدار ويشغل آلياً دون الحاجة إلى استخدام الأوراق من دخول المريض إلى المستشفى وحتى خروجه.

النقابات الصحية المهنية:

تهــدف النقابات الصحية المهنية إلى مســاعدة الحكومة المركزيــة في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين والمحتاجين مقابل أجور معقولة من خلال المستشــفيات والمراكز الطبية التابعــة لها. وتعمل هذه المراكز والمستشــفيات تحت مظلة الهيئــات والنقابات الصحية الخاصــة ولا تتبع الحكومة في تمويلها، وإنمــا تحكمها بعض التشريعات والقوانين الحكومية في تشغيلها. ومن الفوائد المهمة لهذه المراكز هي تقديم بعض الدورات والبرامج التدريبية الخاصــة بالأطبــاء والمهنيين الصحيين في القطــاع الخاص والحكومي ليســتفيد منها جميع العاملين في القطاع الصحي الماليزي.

حقوق الامتياز الصحي:

وهــي عبارة عن هيئات ومراكز طبية معفاة مــن الضرائب، تمنح لها الحكومة الماليزية حقوق امتياز لتقديم الخدمات الصحية للعامة. وتُحصر عادة هذه الامتيازات في تخصصات صحيــة محددة مثل عيادات الأطفال، مراكز جراحــة اليوم الواحد، التدريب الصحي، طب الأسنان، عيادات العيون والمراكز الطبية الطارئة. ويجب على هذه المراكز والهيئات أن تلتزم

بالمواصفــات والمعايير التي تضعها وزارة الصحة الماليزية وأن تكون حاصلة على شــهادات الأيزو في الجودة حتى تســتطيع الاســتمرار في ممارسة حقوق الامتياز الممنوحة لها. وتقوم الحكومــة بإعطاء هذه الهيئات والمراكز مدة زمنيــة محددة حتى تثبت جدارتها وفعاليتها ومن ثم يتم إدراجها ضمن قائمة المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة الأخرى.

كما بدأت الحكومة الماليزية في السنوات الأخيرة في بحث فكرة خصخصة القطاع الصحي وإدارتــه بالأســلوب التجاري. ويعود ذلــك إلى عام ١٩٨٣م عندما قامــت الحكومة بوضع الدراســات المتعلقة بعملية الخصخصة من خلال الاســتعانة ببعض المستشــارين الصحيين والاقتصاديين. وفي شــهر سبتمبر من العام ١٩٩٢م، صدر قرار بطرح بعض المنشآت الصحية الحكومية مثــل الصيدليات وبعض العيادات المتخصصة وكذلــك خدمات التنويم المتميزة للخصخصة. وفي عام ١٩٩٤م بدأت بعض المنشــآت الصحية الحكومية في تأجير كل أو جزء من مرافقهــا الصحية للقطاع الخاص مثل مراكز (كنكوا وفابــير ورادكير) وهي ثلاثة مراكز طبية متخصصة تابعة لوزارة الصحة. ولكن لا تزال تجربة الخصخصة في ماليزيا حديثة ولم يمض عليها الوقت الكافي لإصدار الحكم على مدى نجاحها أو فشلها.

الملاحظات العامة على تجربة النظام الصحي الماليزي:

يمكن تلخيص تجربة مملكة اتحاد ماليزيا من خلال الملاحظات العامة التالية:

- يتســم النظــام الصحــي الماليــزي بالمركزية في جوانب التخطيط ورســم الإســتراتيجيات واللامركزيــة في تنفيذ هذه الخطط على المســتوى المحلي، نظراً لوجــود الأرياف والقرى الكثــيرة والمنتشرة في أماكــن بعيدة عن المدن الرئيســية. كما تتمتــع الإدارات الصحية التنفيذية على المستويات المحلية بصلاحيات ومرونة كافية في تنفيذ المهام الموكلة إليها في الخطــط الصحية الوطنية. كما تتضح هذه اللامركزية في تخصيص ميزانية مســتقلة لكل مرفق صحي.
- تتولى الحكومة المركزية ممثلة بوزارة الصحة تمويل الخدمات الصحية الحكومية وممارسة أنشطة الرقابة على أدائها للمهام المناطة بها، بالإضافة إلى وضع المعايير والمواصفات التي تحدد كيفية مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية.
- تتــولى وزارة الصحة مهام التخطيط ورســم السياســات المتعلقة بجميع أنشــطة القطاع الصحي الماليزي.

- لا يوجد سلطة عليا أو هيئة تتولى التنسيق بين الأجهزة والوحدات الحكومية التي تشارك في تقديــم الخدمــات الصحية، ولكن تقــوم وزارة الصحة بهذا الــدور من خلال التحكم بتمويل أنشطة القطاع الصحي وتقنين مشاركة القطاع الخاص في هذا النشاط.
- تتــولى وزارة الصحــة من خــلال الإدارات المتخصصة التابعة لهــا الإشراف على العلاقات التعاقدية والشرائية الداعمة لأنشطة القطاع الصحي الحكومي.
- يوجد في النظام الصحي الماليزي تفاوت في الأجور والرواتب بين منشــآت القطاع الصحي العام والخاص. ويعود الســبب في ذلك إلى تفاوت ساعات العمل في مستشفيات القطاع الخاص عنها في المستشفيات الحكومية.
- يوجد في ماليزيا مركزاً للمعلومات والإحصاءات الصحية يتبع لوزارة الصحة.

٢/٢/٢ تجربة المملكة العربية السعودية:

للمملكــة العربية الســعودية تجربة مميزة للتعامل مــع التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية، حيث تم إنشــاء العديد من المجالس والمراكز والهيئات والتي تؤثر بشكل فعال على القطاع الصحي بحكم تمتعها بصلاحيات واسعة، كما أن بعضها تزاول نشاطات ذات صلة وثيقة بالقطاع الصحي، وأهم هذه الأجهزة ما يلي:

- المجلس الصحي السعودي.
- اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري.
- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- مجلس الضمان الصحي التعاوني.
- المركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة.

إلى جانب رؤية المملكة ٢٠٣٠ والخاصة بالقطاع الصحي، وكذلك برامج وزارة الصحة في برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠، وفيما يلي استعراض ووصف مختصر لهذه الأجهزة:

١- المجلس الصحي السعودي:

تضمنت المادة السادســة عشرة من النظام الصحي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١١)

وتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٣ هـ إنشاء المجلس الصحي السعودي كجهة مستقلة تهدف إلى التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية في المملكة؛ لضمان الوصول إلى مستوى صحي متميز وذلك بتحسين الصحة وخفض معدلات المرض والعجز والوفاة. وتتمثل رسالة المجلس في وضع التنظيمات التي تضمن التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية المختلفة في المملكة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بطريقة ميسرة ومأمونة؛ بما يمنع الازدواجية وإهدار الموارد ويحقق العدالة في توزيع الخدمات الصحية وكذلك العمل مع الجهات الصحية والقطاعات ذات العلاقة بما يضمن تنفيذ برامج وطنية تسهم في تعزيز الصحة وتكون في متناول المواطنين والمقيمين. ويتكون المجلس من ١٦ عضواً من كبار المسئولين في الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية وبرئاسة معالي وزير الصحة، كما يتمتع بميزانية مستقلة.

مهام المجلس:

يتولى المجلس الاختصاصات الواردة في المادة السابعة عشرة من النظام الصحي والمادة ١٧ من لائحته التنفيذية التي تنص على أن يختص المجلس بالآتي:

١- إعداد إستراتيجية الرعاية الصحية في المملكة.

٢- وضع التنظيم الملائم لتشغيل المستشفيات التي تديرها الوزارة والجهات الحكومية الأخرى، بحيث تدار وفقاً لأسس الإدارة الاقتصادية ومعايير الأداء والجودة النوعية.

٣- وضع وإقرار سياسة التنسيق والتكامل بين جميع الجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية، وعلى وجه الخصوص في المجالات الآتية:

- خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية.
- خدمات الإسعاف والإخلاء الطبي.
- تحويل المرضى بين الجهات الصحية المختلفة.
- تأمين الأدوية والمستلزمات الطبية والاستعمال الأمثل لها.
- تعليم القوى العاملة في المجال الصحي وتدريبها وتوظيفها.
- القيام بالبحوث والدراسات الصحية.
- تقديم الرعاية الصحية للحجاج.

- نشر التوعية الصحية بين السكان.
- تطوير صحة البيئة.
- تبادل خبرات المتخصصين بين الجهات الصحية المختلفة.

وقد صدر قرار مجلس الوزراء رقم ٤١٨ وتاريخ ١٤٣٥/١٠/٢٩هـ بتعديل مسمى "مجلس الخدمات الصحية" إلى "المجلس الصحي السعودي"، كما أضاف القرار الاختصاصات التالية للمجلس الصحي السعودي:

١- تقويم السياسات والخطط الصحية ومراجعتها بصفة دورية.

٢- دراسة مستوى الخدمات الصحية وتقويمها وتحديد متطلبات القطاع الصحي واتخاذ التوصيات اللازمة في شأن توزيع الخدمات الصحية بجميع أنواعها على مناطق المملكة والنهوض النوعي بالخدمات الصحية.

٣- العمل على تنفيذ السياسات والخطط والبرامج والمشروعات الواردة في استراتيجية الرعاية الصحية في المملكة، وتذليل أي صعوبة قد تعترضها بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة.

٤- التنسيق بين الجهات الحكومية التي تقدم خدمات صحية في شأن إنشاء المستشفيات والمشروعات والبرامج التخصصية الصحية.

٥- دراسة الأنظمة الخاصة بالخدمات الصحية واقتراح تعديلها وتطويرها.

كما يتبع المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية للمجلس الصحي السعودي؛ إذ إنه الجهة الرسمية المخولة منح شهادات الاعتماد لجميع منشآت الرعاية الصحية العاملة في القطاعين العام والخاص بالمملكة العربية السعودية. وقد انبثق المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية من المجلس الصحي السعودي كمنظمة غير هادفة للربح. وتكمن مهام المركز الرئيسية في وضع معايير جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى التي يتم بموجبها تقييم جميع منشآت الرعاية الصحية لإقامة الدليل على التقيد بتلك المعايير. وكان مجلس الوزراء أقر عدداً من الإجراءات تتعلق بتطوير جودة الخدمات الصحية في أواخر عام ٢٠١٣م، من بينها تحويل المجلس المركزي لاعتماد جودة المنشآت الصحية، المنشأ بقرار من معالي وزير الصحة رئيس مجلس الخدمات الصحية في عام ١٤٢٦هـ إلى مركز يسمى " المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية " ويرتبط تنظيمياً برئيس مجلس الخدمات الصحية، ويخصص له اعتماد

مالي ضمن ميزانية المجلس مع إعطائه المرونة المالية والإدارية التي تمكنه من الاستفادة من الخبرات المحلية والدولية، وشمل القرار أيضاً تكليف المركز بالاعتماد الوطني لجميع منشآت الرعاية الصحية في المملكة. ويتولى المركز عدداً من المهمات والاختصاصات التالية من بينها:

١- اعتماد معايير وطنية موحدة لجميع المنشآت الصحية في المملكة في مجالات الممارسات الصحية (الطبية، والصيدلية وسلامة المنشآت، وخدمات المختبرات).

٢- اعتماد جميع المنشآت الصحية في المملكة، ومتابعة أدائها للتأكد من التزامها بالمعايير المعتمدة.

٣- نقل المهمات المتعلقة بتقويم ومراقبة جودة أداء المؤسسات الصحية الخاصة التي تقوم بها وزارة الصحة حالياً، إلى المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية.

٢- اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري:

صدر الأمر السامي الكريم رقم ٧/ب/٦٦٢٩ وتاريخ ١٤٢٠/٥/٧هـ القاضي بتشكيل لجنة وزارية عليا سميت بـ «اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري» برئاسة صاحب السمو الملكي الأمير سلطان بن عبدالعزيز - رحمه الله - وعضوية عدد من أصحاب السمو والمعالي الوزراء ذوي الاختصاص سعياً إلى تطوير الجهاز الحكومي للمملكة العربية السعودية، والارتقاء بمستوى أدائه، وضبط كلفته المالية في حدود الحاجة الفعلية، ويهدف إنشاء اللجنة إلى وضع وتنفيذ مشروع وطني متكامل لإعادة الهيكلة الإدارية للأجهزة الحكومية، ودراسة نظام الموظفين، وحجم الوظائف وأعداد الموظفين، ومدى الحاجة إليهم، ومدى حجم كل مصلحة أو وزارة قياساً بالمهام المنوطة بها. ولأهمية تلك المهمة واتساع نطاقها انبثقت عن اللجنة الوزارية «لجنة وزارية فرعية» برئاسة معالي وزير الخدمة المدنية تتولى الإشراف العام على دراسات المشروع ومتابعة سيرها وتهيئة عرضها على اللجنة الوزارية، كما تم تشكيل «لجنة تحضيرية» برئاسة معالي مدير معهد الإدارة العامة تتولى وضع الخطط التفصيلية للمشروع ومراجعة الدراسات التنظيمية المطلوب إعدادها عن الأجهزة الحكومية، وإعداد التقارير الخاصة بها بما في ذلك التوصيات التطويرية، وعرضها على اللجنة الوزارية الفرعية (القحطاني، ١٤٣٤هـ). ومن المهام التنظيمية ذات العلاقة بموضوع الدراسة التي أنيطت باللجنة الوزارية للتنظيم الإداري التالي:

١- تطوير تنظيمات الأجهزة الحكومية في أهدافها ووحداتها الإدارية ونشــاطاتها الخدمية، وإزالة ما بها من ازدواج أو تضارب أو غموض، ومراعاة التناســب بين حجم المؤسســة الحكومية والمهام المنوطة بها.

٢- تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين من قبل الأجهزة الحكومية، عن طريق زيادة الفاعلية التنظيمية، ورفع كفاءة أداء الأجهزة والموظفين العاملين فيها، وتسهيل مسارات ونظم العمل المتبعة وتحسينها.

٣- تعزيز المؤسســية والعمل الجماعي والتنسيق المشترك في الأجهزة والمؤسسات الحكومية، وترسيخ مبدأ المساءلة لضمان الإنجاز المتميز.

٤- تعزيــز اللامركزية الإدارية على مســتوى الأجهزة الرئيســية وفروعهــا ووحـدات الإدارة المحلية، مع تفويض الصلاحيات وتوزيع نشاطات واهتمامات الدولة بشكل إيجابي فاعل على مناطقها المختلفة بما يزيد من كفاءة وفاعلية الخدمات المقدمة على النطاق الإداري.

وقد اتخذت اللجنة العديد من القرارات شملت تنظيم وإعادة تنظيم عدد من الأجهزة الحكومية بالإضافة إلى إنشاء وحدات جديدة وإلغاء وحدات قائمة، وإحداث وتطوير أنظمة ولوائح شئون الموظفين والوظائف وتنظيم وقت العمل، ومعالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية ودراسة الشئون الإدارية والمالية والميزانية. ويلاحظ أن عدد القرارات التي صدرت والمتعلقة بالتنظيم وإعادة التنظيم بلغت حوالي (١٤٧) قراراً، منهـا (٢٧) قراراً تتعلق بإنشاء وحدات جديدة أو إلغاء وحدات سابقة. أما الموضوعات التي تخص أكثر من جهاز إداري واحد مثل الدراســات الخاصة بحل التنازع في الاختصاصات بين بعض الأجهزة الحكومية، فقد بلغ عددها أربعة قرارات أي بنسبة ١,٧٪ من القرارات.

وقد أشــار الشــقاوي (٢٠١٢) إلى أنه يوجد بعض المعوقات التي أثرت في فاعلية عمل اللجنة العليا للإصلاح الإداري وهي كالتالي:

١- عــلى الرغم مــن الصلاحيات التي منحت للجنــة العليا للإصــلاح الإداري فإنها حددت لنفســها أهدافاً متواضعة تمثلت في محاولة إدخال تحســينات عــلى بعض آليات البناء المؤســسي القائم من إعادة تنظيم، ومعالجة التداخل بين الأجهزة الحكومية، وتبســيط الإجراءات، وضع مهام واختصاصات وظيفية، الأمر الذي حصر جهود الإصلاح الإداري في

المملكة في جوانب جزئية تخص الأجهزة الحكومية دون وجود إستراتيجية شاملة واضحة للإصلاح الإداري المطلوب. وينبغي تبني منهج المبادرة الذاتية من خلال دراسة البيئة الداخلية والخارجية للجهاز الحكومي، واستنباط التوجهات المستقبلية، وإعداد خطط التغيير المناسبة لكي تتزامن مع الحاجة إليها.

٢- وجود صعوبة في قياس النتائج النهائية للإصلاح الإداري ونقص الخبرة والمعرفة لدى أجهزة التطوير لتقويم عمليات التطوير والتنمية وربط مجالات التطوير بمؤشرات الكفاءة والفاعلية وجودة الخدمة المقدمة.

٣- ضعف التأثير التنظيمي في بعض الموضوعات التي تعرض على اللجنة العليا للإصلاح الإداري المتعلقة بإجراء تعديلات طفيفة على الهياكل التنظيمية، كإحداث بعض الوحدات الإدارية أو دمجها مع بعضها.

٤- إحجام وتردد الكثير من الأجهزة الحكومية في إجراء تنظيمات شاملة لها، حيث تشكل طلبات التنظيم الجزئي التي تتقدم بها الجهات الحكومية للجنة العليا للإصلاح الإداري نسبة كبيرة من الموضوعات التي تعرض عليها.

وتم إلغاء هذه اللجنة بالأمر الملكي رقم (أ/٦٩) وتاريخ ١٤٣٦/٤/٩هـ والقاضي بإلغاء ١٢ جهازاً حكومياً وإنشاء جهازين جديدين هما: مجلس الشؤون السياسية والأمنية ومجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية. وفي عام (١٤٣٩هـ) تم إصدار قرار بإنشاء اللجنة التحضيرية للتنظيم الإداري برئاسة معالي وزير الخدمة المدنية ونائبه معالي مدير عام معهد الإدارة العامة.

٣- الهيئة السعودية للتخصصات الصحية:

أنشئت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بموجب المرسوم الملكي رقم (م/٢) بتاريخ ١٤١٣/٢/٦هـ حيث أنيطت بها مهام الإشراف على البرامج التدريبية للتخصصات الصحية وتقويمها وتأهيل المتدربين بالإضافة إلى وضع الضوابط والمعايير الصحيحة لممارسة المهن الصحية وتطويرها، وهي هيئة مهنية علمية ذات شخصية اعتبارية ومقرها الرياض يتبعها ثلاثة فروع موزعة على مناطق المملكة. ومن أهم اختصاصاتها ما يلي:

١- وضع البرامج التخصصية الصحية المهنية وإقرارها والإشراف عليها ووضع البرامج للتعليم المستمر في التخصصات الصحية وذلك في إطار السياسة العامة للتعليم.

٢- الاعتراف بالمؤسسات الصحية لأغراض التدريب والتخصص فيها بعد تقويمها.

٣- الإشراف - من خــلال اللجان والمجالس العلمية المتخصصة -على الامتحانات التخصصية وإقرار نتائجها.

٤- إصدار الشهادات المهنية كالدبلومات والزمالات والعضويات سواء تم الامتحان من قبلها مباشرة أو بالتعاون معها.

٥- تقويم الشهادات الصحية المهنية ومعادلتها.

الهدف العام: تطوير الأداء المهني وتنمية المهارات الفنية وإثراء الفكر العلمي والتطبيق العملي السليم في مجال التخصصات الصحية المختلفة.

المهام الأساسية:

١- وضع البرامج التخصصية الصحية المهنية وإقرارها والإشراف عليها ووضع البرامج للتعليم الطبي المستمر في التخصصات الصحية وذلك في إطار السياسة العامة للتعليم.

٢- تشــكيل المجالس العلمية الصحية واللجان الفرعيــة اللازمة لأداء عمل الهيئة والإشراف عليها وإقرار توصياتها.

٣- الاعتراف بالمؤسسات الصحية لأغراض التدريب والتخصص فيها بعد تقويمها.

٤- الإشراف مــن خلال اللجــان والمجالس العلمية المتخصصة عــلى الامتحانات التخصصية وإقرار نتائجها.

٥- إصدار الشهادات المهنية كالدبلومات والزمالات والعضويات سواء تم الامتحان من قبلها مباشرة أو بالتعاون معها.

٦- التنســيق مع المجالس والهيئــات والجمعيات والكليات المهنيــة الصحية الأخرى داخل المملكة أو خارجها.

٧- تقويم الشهادات الصحية المهنية ومعادلتها.

٨- تشــجيع إعداد البحوث ونشر المقالات العلمية في مجال اختصاصها وإصدار مجلات أو دوريات خاصة.

٩- المشاركة في اقتراح الخطط العامة لإعداد وتطوير القوى العاملة في المجالات الصحية.

١٠- عقد الندوات والمؤتمرات لمناقشة المشكلات الصحية الداخلية واقترح الحلول الملائمة لها ومتابعة تنفيذ التوصيات والقرارات الصادرة بشأنها.

١١- وضع الأسس والمعايير لمزاولة المهن الصحية بما في ذلك أسس أخلاق المهنة.

١٢- تشجيع إعداد الأبحاث العلمية الصحية واقتراح مواضيعها ودعم تلك البحوث وتمويلها كلياً أو جزئياً.

١٣- الموافقة على إنشاء الجمعيات العلمية للتخصصات الصحية.

٤- مجلس الضمان الصحي التعاوني:

صدر قرار مجلس الوزراء رقم (٧١) وتاريخ ١٤٢٠/٤/٢٧هـ الموافق ١٩٩٩/٨/١١م بإنشاء نظـام الضمان الصحي التعاوني والـذي يتكون من (١٩) مادة نظامية تحكم عملية الضمان الصحي التعاوني في المملكة، ونصت المادة الرابعة من هذا النظام على إنشاء مجلس الضمان الصحي برئاسـة وزير الصحة وعضوية ممثل على مسـتوى وكيـل وزارة من كل من وزارة الداخلية، وزارة الصحة، وزارة العمل والشئون الاجتماعية، ووزارة المالية والاقتصاد الوطني، ووزارة التجارة، وكذلك ممثل عن مجلس الغرف التجارية الصناعية السـعودية، وممثل عن شركـة التأمين التعـاوني، وممثل عن القطاع الصحي الخاص، وممثلـين اثنين من القطاعات الصحيـة الحكومية الأخرى، ويتم تعيين أعضاء المجلس وتحديد عضويتهم من قبل مجلس الوزراء لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.

الهـدف العام: الإشراف عـلى تطبيق نظام الضمان الصحي التعـاوني والذي يهدف إلى توفير الرعاية الصحية وتنظيمها لجميع المقيمين غير السعوديين في المملكة.

المهام الأساسية: حددت المادة الخامسة من نظام الضمان الصحي التعاوني مهام المجلس حيث يتولى الإشراف على تطبيق النظام وله على وجه الخصوص ما يلي:

١- إعداد اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني ووثيقة الضمان الصحي التعاوني الصادر بقرار وزير الصحة رقم (٢٣/٤٦٠/ ض) وتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٧هـ.

٢- إصدار القرارات اللازمة لتنظيم الأمور المتغيرة بشأن تطبيق أحكام هذا النظام بما في ذلك تحديد مراحل تطبيقه وتحديد أفراد أسرة المسـتفيد وصاحب العمل في قيمة الاشـتراك

في الضــمان الصحي التعاوني، وكذلك تحديد الحد الأعلى لتلك القيمة بناءً على دراســة متخصصة تشتمل على حسابات التأمين.

٣- تأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في مجال الضمان الصحي التعاوني.

٤- اعتماد المرافق الصحية في تقديم خدمات الضمان الصحي التعاوني.

٥- تحديد المقابل المالي لتأهيل شركات التأمين التعاوني للعمل في هذا المجال، والمقابل المالي لاعتماد المرافق الصحية التي تقدم خدمات الضمان الصحي التعاوني وذلك بعد أخذ رأي وزارة الصحة ووزارة المالية والاقتصاد الوطني.

٦- إصــدار اللائحة المالية لإيــرادات مجلس الضمان الصحــي ولمصروفاته بما في ذلك أجور العاملين فيه ومكافآتهم بعد أخذ رأي وزارة المالية والاقتصاد الوطني.

٧- إصدار اللائحة الداخلية لتنظيم سير أعمال المجلس.

٨- تعيين أمين عام المجلس بناءً على ترشيح وزير الصحة وتشكيل أمانة عامة لتحديد مهامها.

٥- المركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة:

يعتبر المركز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة مرجعاً لقياس أداء الأجهزة العامة ويتمتع بالشــخصية الاعتبارية والاســتقلال المالي والإداري، ويرتبط تنظيمياً برئيس مجلس الوزراء.، ويتولى رئيس مجلس الشــؤون الاقتصادية والتنميــة (The Council of Economic and Development Affairs (CEDA)) رئاسة مجلس إدارة المركز، وقد حدد التنظيم الخاص بالمركــز الوطني لقياس أداء الأجهزة العامة، الذي صدر بنــاءً على قرار مجلس الوزراء رقم (٣٢٣) وتاريخ ١٤٣٧/٨/٢هـــ مهام المركز وهــي (١) بناء المؤشرات، وأدوات قياس الأجهزة الحكوميــة واعتمادهــا وتطويرها بشــكل مســتمر، (٢) دعم عمليات تحســين الخدمات الحكومية وتطويرها، من خلال قياس جودة الخدمات ورضا المستفيدين، (٣) دعم الأجهزة في تنفيــذ غاياتها وخططها الإســتراتيجية وفق مؤشرات تســهم في ضــمان تحقيق أهدافها ومشــاريعها المعتمدة، (٤) تحديد وتحليل المخاطــر وأوجه الصعوبات التي تواجه الأجهزة في مســارها لتحقيق أهدافها، واقتراح الحلول المناســبة لمعالجتهــا، (٥) إعداد التقارير عن نتائج أداء الأجهزة التي يمكن توظيفها في مراجعة وتحسين الأداء الحكومي، (٦) نشر ثقافة القياس، ومراجعة وتحسين أداء الأجهزة، وتعزيز قدرتها.

وتتضمن الوسـائل التي يسـتخدمها المركز لتحقيـق الهدف منه، تقديم الاستشـارات الإدارية للأجهزة في مجال قياس الأداء، والتعاون مع الجامعات السـعودية ومراكز الأبحاث والمؤسسـات المتخصصة، في قياس أداء المستفيدين والمحللين الدوليين، وتشجيع على التميز المؤسسي، من خلال تقديم حوافز لذلك.

ويلاحـظ مـن مهام المركز أنه يتـولى قياس أداء كل جهاز حكومـي على حدة ولا يقوم بدراسة التداخل والازدواجية في أداء الأجهزة العامة.

٣/٢/٢ رؤية المملكة ٢٠٣٠ وبرنامج التحول الوطني ٢٠٢٠:

مـن المتوقع أن تقـدم رؤية المملكة ٢٠٣٠ فرصاً غير مسـبوقة لتطوير القطاع الصحي، وتحمل توجهاً حكيماً يتيح تقديم خدمات صحية مميزة من خلال نماذج عمل واستثمارات متطورة تضمن الاسـتدامة وتحقق أعلى الكفاءة. وفي مجال تطوير نظم وأساليب الأعمال، سـتركز وزارة الصحة على دورها في التخطيط والتنظيـم والإشراف والمراقبة على الخدمات الصحيـة، من خـلال نقل مهمة تقديم الخدمات الصحية تدريجياً إلى شـبكة من الشركات الحكوميـة تتنافس مع بعضها البعـض من ناحية ومع القطاع الصحـي الخاص من ناحية أخرى، في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة بأفضل ما يمكن.

ويتطلع المسئولون في القطاع الصحي أن توفر رؤية المملكة ٢٠٣٠ المناخ لتحقيق أفضل اسـتفادة من المستشـفيات الحكومية ومراكز الرعاية الصحية في الارتقاء بجودة الخدمات الصحية والتي سـوف يتـم تقديمها من خلال شركات حكومية تمهيداً لتخصيصها وتوسـيع قاعدة المستفيدين من نظام التأمين الصحي، وتعزيز دور القطاع الحكومي الصحي في توفير خدمـات الرعاية الصحية الوقائية ومكافحة الأمراض الوبائية وتدريب الأطباء لمواجهة كافة الأمـراض التي تمثل تهديداً للصحة العامة. والشـكل البياني التالي رقم (١) يوضح الأهداف الإسـتراتيجية الخاصة بوزارة الصحة وارتباطها بأهداف رؤية ٢٠٣٠، كما يبين الشكل البياني رقم (٢) البرامج الخاصة بوزارة الصحة في برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠.

وزارة الصحـــة

الهدف الاستراتيجي الأول	زيادة حصة القطاع الخاص من الإنفاق من خلال طرق تمويل بديلة و تقديم الخدمات				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي التوسع في خصخصة الخدمات الحكومية إيجاد بيئة جاذبة للمستثمرين المحليين والدوليين على حد سواء وتعزيز ثقتهم باقتصادنا				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة مساهمة القطاع الخاص في الإنفاق على الرعاية الصحية	25	35	نسبة مئوية (%)	37	60

الهدف الاستراتيجي الثاني	تحسين كفاءة استخدام وإنفاق الموارد المتاحة				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي تحقيق أعلى مستويات الشفافية والحوكمة الرشيدة في جميع القطاعات تحقيق التوازن في الميزانية				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
النفقات التشغيلية لكل حالة سريرية جديدة	33,000	33,000	ريال سعودي	39,000	لا ينطبق

الهدف الاستراتيجي الثالث	تحسين كفاءة وفعالية قطاع الرعاية الصحية من خلال تكنولوجيا المعلومات والتحول الرقمي				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي تحقيق أعلى مستويات الشفافية والحوكمة الرشيدة في جميع القطاعات الارتقاء بمستوى أداء وإنتاجية ومرونة الأجهزة الحكومية				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة المواطنين السعوديين الذين لديهم سجل طبي رقمي موحد	0	70	نسبة مئوية (%)	لا ينطبق	100

الهدف الاستراتيجي الرابع	التوسع في التدريب والتطوير محلياً ودولياً				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي تزويد المواطنين بالمعارف والمهارات اللازمة لموائمة احتياجات سوق العمل المستقبلية				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
عدد الأطباء السعوديين المقيمين الملتحقين ببرامج التدريب	2,200	4,000	عدد	لا ينطبق	لا ينطبق

الشكل البياني رقم (١): الأهداف الإستراتيجية الخاصة بوزارة الصحة وارتباطها بأهداف الرؤية ٢٠٣٠

الهدف الاستراتيجي الخامس	زيادة جاذبية العمل في التمريض والفئات الطبية المساعدة كخيار مهني مفضل				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي تزويد المواطنين بالمعارف والمهارات اللازمة لمواءمة احتياجات سوق العمل المستقبلية				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
عدد العاملين السعوديين المؤهلين في التمريض والفئات الطبية المساعدة لكل 100,000 من السكان	70.2	150	لكل 100,000	460	1,106

الهدف الاستراتيجي السادس	تحسين الرعاية الصحية المقدمة قبل التنويم والرعاية المقدمة في المستشفيات الرئيسية (الطوارئ و العناية المركزة)				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة المرضى الذين يتلقون الرعاية الطبية الطارئة أو العاجلة واتخاذ القرار الطبي لهم (تنويم/نقل/خروج من المستشفى) في أقل من 4 ساعات	40	75	نسبة مئوية (%)	تحت الدراسة	95

الهدف الاستراتيجي السابع	تحسين تكامل واستمرارية الرعاية المقدمة عن طريق تطوير الرعاية الصحية الأولية				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
عدد الزيارات الرعاية الصحية الأولية للفرد الواحد سنويا	2	4	عدد	3.4	7

الهدف الاستراتيجي الثامن	تحسين مستوى البنية التحتية وإدارة المنشآت وسلامة المرافق الصحية				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	الارتقاء بجودة الحياة في المدن السعودية تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة المرافق الصحية المرخصة (التابعة لوزارة الصحة والخاصة)	40	100	نسبة مئوية (%)	100	100

الهدف الاستراتيجي التاسع	تحقيق أوقات انتظار مقبولة للرعاية الطبية (في جميع مراحل تقديم الخدمات)				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة الحصول على مواعيد مع التخصص الطبي المطلوب خلال 4 أسابيع (المتوسط لجميع التخصصات في المستشفيات الرئيسية)	40>	70	نسبة مئوية (%)	تحت الدراسة	83

الهدف الاستراتيجي العاشر	إصلاح حوكمة النظام الصحي لتعزيز المسائلة في قضايا الجودة وسلامة المرضى				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي تحقيق أعلى مستويات الشفافية والحوكمة الرشيدة في جميع القطاعات الارتقاء بمستوى أداء وإنتاجية ومرونة الأجهزة الحكومية				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة المرافق الصحية التي تقدم تقارير عن الأداء الشامل ومعايير الجودة	10	100	نسبة مئوية (%)	لا ينطبق	100

الهدف الاستراتيجي الحادي عشر	اعتماد خطة وطنية للاستجابة السريعة لمخاطر الصحة العامة بمستوى عالمي				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
درجة تقييم التأهب لحالات الطوارئ - منظمة الصحة العالمية (متوسط درجة في الرياض وجدة والمنطقة الشرقية)	جاري احتسابه	5-4	درجة	تحت الدراسة	تحت الدراسة

الهدف الاستراتيجي الثاني عشر	إيجاد مصادر إيرادات إضافية				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	التوسع في خصخصة الخدمات الحكومية تحقيق التوازن في الميزانية				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
مجموع الإيرادات من القطاع الخاص لاستخدام الموارد الصحية الحكومية	0.3	4	مليار ريال سعودي	لا ينطبق	لا ينطبق

الهدف الاستراتيجي الثالث عشر	تحسين خدمات الصحة العامة مع التركيز على السمنة و التدخين				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
الزيادة في نسبة انتشار التدخين (incidence)	جاري احتسابه	انقاصها بنسبة 2 عن خط الأساس	نسبة مئوية (%)	12.5*	10.5*
الزيادة في نسبة انتشار السمنة (incidence)	جاري احتسابه	انقاصها بنسبة 1 عن خط الأساس	نسبة مئوية (%)	19.4*	5*

الهدف الاستراتيجي الرابع عشر	تحسين نوعية الحياة والأداء الوظيفي لخدمات الرعاية المقدّمة للمرضى خارج المستشفى وبعد الخروج منه				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي تعزيز دور الأسرة وقيامها بمسؤولياتها				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة المرضى الذين يحصلون على الرعاية الصحية ما بعد الرعاية الحرجة والطويلة الأمد خلال 4 أسابيع	25	50	نسبة مئوية (%)	لا ينطبق	65

الهدف الاستراتيجي الخامس عشر	تطوير ثقافة الجودة وسلامة المرضى ومهارات مقدمي الخدمة				
الارتباط بأهداف الرؤية 2030	تحسين جودة الخدمات الصحية بشقيها الوقائي والعلاجي				
مؤشر الأداء	خط الأساس	المستهدف 2020	الوحدة	معيار إقليمي	معيار عالمي
نسبة المستشفيات التي تفي بالمعدل المتوسط الأمريكي لثقافة سلامة المرضى	10	50	نسبة مئوية (%)	لا ينطبق	50

المصدر: وثيقة برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠ ص (٣٠-٣٣).

	وزارة الصحة	23,057,330
1	إصلاح وإعادة هيكلة الرعاية الصحية الأولية	4,720,833
2	الترغيب في مهنة التمريض / المهن الصحية السريرية من خلال تغيير بعض السياسات وإشراك كافة شرائح المجتمع	117,000
3	الشراكة بين القطاع العام والخاص - خصخصة إحدى المدن الطبية - توطين صناعة الأدوية	292,000
4	المركز السعودي لسلامة المرضى	102,826
5	المركز السعودي للمواعيد والإحالات الطبية	48,595
6	المركز الوطني لإدارة الطوارئ - سرعة استجابة الإسعاف لمكالمات الطوارئ 911	126,130
7	تحسين الوصول إلى المرافق الصحية الحكومية القائمة والتخطيط المتكامل للطاقة الاستيعابية اللازمة	30,000
8	تدخلات الصحة العامة لخفض معدلات البدانة والتدخين والحوادث المرورية المركز الوطني للوقاية من الأمراض	1,504,500
9	تطوير أقسام العناية المركزة والطوارئ لضمان سرعة وجودة تلك الخدمات	4,711,360
10	زيادة الطاقة الاستيعابية ورفع جودة تعليم الخريجين (مبادرة مشتركة مع وزارة التعليم - يكون التمويل أساسا من وزارة التربية والتعليم والقطاع الخاص)	-
11	فرض ضرائب على المنتجات الضارة	-
12	التحول المؤسسي لمرافق الرعاية الصحية	2,670,000
13	الصحة الالكترونية - عامل تمكين حيوي للتحول الشامل بما في ذلك التأمين الصحي والتحول المؤسسي والشراكة بين القطاع العام والخاص	5,994,700
14	برنامج الضمان الصحي وشراء الخدمات الصحية	937,198
15	تحصيل تكلفة الخدمات المقدمة لمرضى التأمين الصحي في مرافق وزارة الصحة	20,000
16	زيادة أعداد الممارسين الصحيين المتدربين وتحسين تدريبهم - تكاليف التدريب المباشرة (بخلاف رواتب الأطباء المقيمين)	720,600
17	ضمان توفر معايير السلامة الأساسية في المرافق الصحية وإجراء الإصلاحات الطارئة	1,041,588
18	وضع التنظيمات اللازمة للوقف والتبرعات في القطاع الصحي	20,000

المصدر: وثيقة برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠ ص ٩٤.

الشكل البياني رقم (٢): البرامج الخاصة بوزارة الصحة في برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠

وقد وافق المقام السـامي بتاريخ ١٤٣٨/١٠/١٢هـ على العرض المرفوع من وزارة الصحة إلى مجلـس الشـؤون الاقتصاديـة والتنمية بعنـوان «الصحة ٢٠٣٠»، الخـاص بخصخصة المؤسسـات الصحية والعمل ببرنامج شـامل للتأمين على المواطنين. حيث شـمل تأسـيس شركـة حكومية قابضة تتبعهـا خمس شركات مملوكة لوزارة الصحـة في المرحلة الانتقالية، وتأسـيس برنامج للضمان الصحـي وشراء الخدمات الصحية يتبع لوزارة الصحة ويعمل مع الجهـات المعنية لتوضح تفاصيـل البرنامج وعرضها على مجلس الشـؤون الاقتصادية، على أن تقـوم اللجنة الإشرافية لتخصيص القطاع الصحي بعد إكمال تأسيسـها بمراجعة العرض، ورفع مشروعات الوثائق اللازمة لدراستها من هيئة الخبراء بمجلس الوزراء، ومن ثم عرضها بصورتها النهائية على المجلس الاقتصادي.

٤/٢/٢ أبرز التحديات التنظيمية في تجربة المملكة العربية السعودية لمعالجة التداخل في الاختصاص بين الأجهزة الحكومية:

بالرغم من تجربة المملكة العربية السعودية لمعالجة التداخل في الاختصاص بين الأجهزة الحكومية إلا أنه تبرز العديد من التحديات التنظيمية والتقنية. ففي ندوة بعنوان «الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي» والتي نفذتها وزارة الاقتصاد والتخطيط (٢٠٠٢) في الرياض، أكد كلٌّ من المطيري في ورقته بعنوان «إعادة هيكلة القطاع العام ودورها في تحسين الأداء» ، وكذلك الشقاوي في دراسته بعنوان «نحو أداء أفضل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السـعودية»، بأنه تواجـه الكثير من الأجهزة الحكومية العديد مـن المعوقات والصعوبات التنظيمية، ومن أبرزها ما يلي:

١- عدم تحديد الأهداف والمهام الرئيسية للكثير من الأجهزة الحكومية بشكل واضح ودقيق، بمعنى عدم وجود أدلة تنظيمية توضح المهام والاختصاصات الرئيسية لكل جهاز ومهام واختصاصات وحداته الإدارية.

٢- عـدم مواكبة الهياكل التنظيميـة في معظم الأجهزة الحكوميـة لمتطلبات العمل حيث لم تتمكن هذه الأجهـزة من تكييف وتحديث هياكلها التنظيمية بشـكل يسـاعد على الأداء بمسـتوى يوازي اتسـاع دورها وتزايد نشـاطاتها، بل اقتصر دور معظم الأجهزة

الحكوميــة عــلى إجراء بعض التعديــلات المحـدودة التي لا تفي بالغــرض وتفتقر إلى النظرة الشمولية.

٣- كـثرة القطاعات وبالتالي كثرة الوكلاء والوكلاء المســاعدين في بعــض الأجهزة الحكومية، وهذا يؤدي إلى تجزئة النشاطات، وإلى تعدد المستويات الإدارية داخل الجهاز الحكومي الواحــد بشــكل لا يحتاج إليه العمــل اليومي مما يؤدي إلى البــطء في إنجاز الأعمال، وبالتالي غياب الإجراء الشمولي في معالجة القضايا اليومية.

٤- تعدد وحدات الخدمات المســاعدة داخــل بعض الأجهزة الحكومية، كوجود العديد من إدارات الحاســب الآلي، الشــئون الإدارية والمالية، الصـادر، الـوارد، المحفوظـات، وغيـر ذلك مـن الوحدات المساعدة.

٥- معاناة بعض الأجهزة الحكومية من الازدواجية والتداخل والتنازع في الاختصاصات فيما بين وحداتها الإدارية من جهة والأجهزة الحكومية الأخرى من جهة أخرى، الأمر الذي قد يؤدي إلى إضاعة الوقت وإهدار وتشتيت الجهود والطاقات البشرية والمالية ومصروفات التشغيل.

٦- عــدم وجــود أدلة شــاملة مكتوبة للإجراءات توضح خطوات ســير العمــل في كثير من الأجهــزة الحكومية، مما فتــح المجال لاجتهادات الموظفين، وبالتــالي اختلاف الخطوات الإجرائية المتعلقة بخدمة معينة من معاملة إلى أخرى وذلك نتيجة لتعدد الاجتهادات.

أما المعوقات التي حدت من فاعلية الأجهزة الحكومية بشكل عام فهي كالتالي:

١- ضعف قدرة بعض الأجهزة على الاســتفادة من القــوى العاملة المتاحة لديها في تحقيق الأهــداف المرجــوة بشــكل فعال، وذلك بعدم إســناد الأعــمال في تلك الأجهــزة وفقاً للتخصصــات، أو عدم توزيــع العمل على الموظفــين توزيعاً دقيقاً وفــق حجم العمل المطلوب من كل وحدة إدارية.

٢- ضعف الوعي بواجبات ومســئوليات الوظيفة العامة، فرغم اســتمرار عمليات الإصلاح الإداري في المملكة فإن المشكلات الإدارية والرقابية لا تزال قائمة.

٣- عدم اســتخدام التقنيــات الحديثة من قبل الكثير من الأجهــزة الحكومية في أداء مهام ومتطلبات ونشاطات العمل.

٤- مضي فترة طويلة على صدور العديد من الأنظمة ذات الصلة بأعمال ونشاطات الأجهزة الحكوميـــة بحيـــث لم تعد تلائم متطلبـــات العمل، بالإضافة على كـــثرة التعديلات التي أجريت على بعض منها دون تجميع تلك التعديلات أو إعادة صياغة تلك الأنظمة وفق نظرة شـــمولية تراعي المتغيرات التي حدثت منذ صدورها، كما تراعي اختلاف الأســـس والمنطلقات التي بنيت عليها.

٥- عدم صدور لوائح تنفيذية وتفســـيرية لكثير مـــن الأنظمة، ومعروف أن الإصلاح الإداري مرهـــون بتوفر أنظمة إدارية تمكن الموظفين من أداء واجباتهم، وقيادات إدارية ملتزمة وقـادرة على اتخاذ القرارات.

كـــما يبين التقرير الخاص بالقطاع الصحي (١٤٢٣هـ) بـــأن أجهزة القطاع الصحي تعاني مشكلات تنظيمية يمكن تلخيصها في الآتي:

١- الازدواجيـــة والتعددية بين أجهزة القطاع في أداء بعض الأنشـــطة الرئيســـية وخاصة في مجال تقديم الخدمات الصحية بمســـتوياتها المختلفة (الأولية والمستوى الثاني والمستوى الثالث) وفي مجال التعليم والتدريب الصحي والبحوث.

٢- الازدواجية والتداخل في المهام والأنشـــطة الرئيسية التي تؤديها أجهزة القطاع مع بعض الأجهزة والوحدات الإدارية في القطاعات الأخرى مثل التداخل بين وزارة الصحة ووزارة الشـــئون البلدية والقروية في مجالات منح التراخيص والإشراف على محلات بيع الأغذية وصحـــة البيئة، وبين وزارة الصحة والجهة المســـئولة عن حماية البيئة، وكذلك بين وزارة الصحة والجهات المســـئولة عن الميـــاه والصرف الصحي وغيرها من الأنشـــطة المتعلقة بالصحة العامة.

٣- ضعف أداء أجهزة القطاع لبعض المهام الرئيســـية وخاصة ما يتعلق برســـم السياســـات والإســـتراتيجيات على مســـتوى القطاع وعـــدم واقعية الخطط الإســـتراتيجية الموضوعة لأجهزة القطاع، وبالتالي صعوبة تحقيق الأهداف التي تضمنتها تلك الخطط.

٤- غياب آليات التنســـيق المناســـبة بين الأجهزة والوحدات الإدارية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية.

٥- غياب آليات التنســـيق المناســـبة بين أجهزة ووحدات القطاع وبين القطاعات الأخرى في أداء بعض النشاطات المساندة وخاصة في مجال التعليم والتدريب الصحي.

٦- اللامركزية في أداء بعض المهام الرئيســية مثل التخطيط ورسم السياسات والإستراتيجيات والتنظيم والإشراف والرقابة.

٧- غياب الأجهزة الرقابية المتخصصة لمراقبة وتقويم أداء الأجهزة والوحدات الإدارية العاملة في القطاع الصحــي في مجالات الجودة والالتزام بحقــوق وواجبات المريض وأخلاقيات ممارسة المهن الصحية والنظر في قضايا الأخطاء الطبية والمخالفات المهنية والتعويضات عن الأضرار المترتبة عليها ووضع المعايير والمواصفات المناســبة لإنشــاء وتشغيل المرافق الصحية بأنواعها ومؤشرات الجودة لقياس كفاءتها وفعاليتها في أداء المهام الموكلة إليها، وبالتالي ضعف الرقابة على أداء مقدمي الخدمات الصحية.

٨- عــدم وجود نظام فعال لقياس كفاءة وفعاليــة أداء الأجهزة والوحدات الإدارية العاملة في القطاع الصحي.

٩- عدم وجود أدلة سياســات وإجراءات شــاملة وموحدة على مستوى القطاع تغطي كافة جوانب تقديم الخدمات الصحية.

١٠- عــدم تطابق الهياكل الرســمية مع الهياكل الفعلية لمعظم أجهــزة القطاع والتباين في الهياكل التنظيمية للوحدات والأجهزة المتجانسة.

١١- عــدم وجود هيــاكل تنظيمية معتمــدة لجميع الوحــدات الإداريــة التابعة للأجهزة الحكومية الذي لا يعتبر نشاط تقديم الخدمات الصحية من ضمن نشاطاتها الرئيسية.

١٢- توظيف أسلوب اللجان سواء الدائمة أو المؤقتة بكثرة في أجهزة ووحدات القطاع لتتولى أداء بعض النشاطات، مما ينم عن خلل في توزيع المهام والمسئوليات بين أجهزة القطاع.

١٣- محدودية اســتخدام الحاسب الآلي وتطبيقاته المختلفة في أداء أنشطة القطاع وتسهيل نظم وإجراءات العمل.

١٤- افتقاد القطاع إلى نظام صحي إلكتروني موحد.

١٥- أدى انشــغال الوزارة وهي الجهاز المعني برسم السياســات والإستراتيجيات على مستوى القطــاع بإدارة مرافقها الصحية في ظل عدم وجــود فصل بين الأدوار التشريعية والرقابية/ الإشرافية والتنفيذية، وعدم توفر العدد الكافي من الكوادر المؤهلة إلى ضعف دورها الإشرافي والرقابي، وكذلك دورها في مراقبة جودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.

١٦- تفاوت توزيع الخدمات الصحية جغرافياً وسكانياً على مستوى المناطق أو داخل المدن خاصة الكبيرة منها وتفاوت معدلات الخدمة والمستوى الصحي بين المناطق.

١٧- عدم قدرة الوزارة على توثيق أداء الأجهزة العاملة في القطاع من خلال نظام معلومات صحي شامل؛ ومن ثم تزويد تلك الأجهزة بالمعلومات اللازمة لتخطيط نشاطاتها وتوجيه جهودهــا وتقويم أدائها في ســبيل تحقيــق الأهداف والمهام المناطــة بها، كما أدى هذا الوضع إلى تأخر وتقادم المعلومات المتوفرة عن أداء أجهزة القطاع، وبالتالي تأخر تحديد وتشخيص المشكلات القائمة واتخاذ الإجراءات التصحيحية حيالها في الوقت المناسب.

١٨- غياب المعايير والمواصفات لإنشــاء وتشغيل المرافق الصحية بأنواعها ومؤشرات الجودة لقياس كفاءتها وفعاليتها في أداء المهام الموكلة إليها.

١٩- عدم وجود أدلة سياســات وإجراءات شاملة وموحدة على مستوى القطاع تغطي كافة جوانب الخدمات الصحية.

٢٠- غياب الأجهزة الرقابية المتخصصة المسئولة عن تقويم ومراقبة أداء الأجهزة والوحدات الإداريــة العاملــة في القطــاع الصحي في مجالات الجــودة والنوعيــة والالتزام بحقوق وواجبات المريض وأخلاقيات ممارسة المهن الصحية والنظر في القضايا الطبية والمخالفات المهنيــة والتعويضات عن الأضرار المترتبة عليها، وبالتالي ضعف الرقابة على أداء مقدمي الخدمات الصحية.

٢١- الازدواجيــة في اقتنــاء التجهيزات والمعــدات الطبية باهظة التكاليــف دون النظر إلى جدواها الاقتصادية وبالتالي عدم الاســتغلال الكامل لها، كما يسهم أيضاً في تفتيت بنود تأمين تلك الأجهزة واختلاف مواصفاتها وأساليب صيانتها.

٢٢- عدم الاســتفادة من خصم الكمية من خلال عملية الشراء الموحد للأدوية والمستلزمات الطبية وتلافي مشكلات انتهاء الصلاحية.

٢٣- القصور في نشــاط البحوث والدراسات في المجالات الصحية والطبية بهدف الوقاية من الأمراض وعلاجها ورفع المستوى الصحي للمجتمع.

٣/٢ الجزء الثالث: الدراسات السابقة

قــام الباحثان بالاطلاع عــلى العديد من الأدبيات والدراســات الســابقة إلا أنه لوحظ أن معظــم تلك الدراســات التي تناولت موضوع معالجــة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية كان معظمها دراسات نظرية عامة غير متخصصة في القطاع الصحي، ونظراً لتنوع الدراسات من حيث المكان والزمان والغرض فقد تم تقسيمها إلى قسمين رئيسين. في القسم الأول ســنركز على الدراسات الســابقة العربية والدولية منها بحسب تسلسلها الزمني. وفي القســم الثاني سنتطرق إلى أهم الدراســات التي تم إجراؤها في المملكة العربية السعودية بحسب تسلسلها الزمني، وفي الجزء الأخير أبرز الاختلافات التي تتميز بها هذه الدراسة عن باقي الدراسات السابقة، وفيما يلي تفصيل لهذه الأقسام:

١/٣/٢ أهم الدراسات السابقة العربية والدولية:

بينت دراسة قام بها الطراونة (١٩٩٥) بهدف تحليل أسباب ضعف التنسيق بين متخذي القــرارات في الدوائــر الحكومية في إحدى محافظات الأردن، ومن ثم تفعيل هذا النشــاط بهــدف تخفيض النفقــات المترتبة على تقديم الخدمات للمواطــن، أن الازدواجية وتداخل الاختصاصات يعتبران من أهم معوقات التنسيق؛ مما يستدعي تكثيف جهود التنسيق على مستوى الدائرة الحكومية وفيما بينها.

قام سعيد (١٩٩٨) بدراسة بعنوان تفويض السلطة وتبسيط الإجراءات-الواقع وأساليب تطويره في الوزارات اليمنية، وقد اســتخدم الباحث اســتبانتين، الأولى تم تخصيصها للإدارة العليــا، أي لوكيــل الوزارة والمدير العام، أما الثانية فكانت للإدارة الوســطى أي مدير إدارة أو رئيس قســم، وقد تم اختيار خمس وزارات مثلت مستويات مختلفة في عملية التفويض والإجــراءات المتعلقــة بالجمهور وهي وزارة الماليــة، وزارة الإدارة المحلية، وزارة التخطيط والتنميــة، وزارة العمل والتدريب المهنــي، وزارة الخدمة المدنية والإصــلاح الإداري. وقد توصــل الباحث إلى النتائج التاليــة: أن (٩٤٪) من الإدارة العليا يفوضون بعض صلاحياتهم لمرؤوسيهم بحسب متطلبات العمل، في حين أوضح (٤٤٪) من الإدارة الوسطى إلى أنه سبق تفويضهم من قبل رؤســائهم، وكذلك (٤٤٪) يفوضون أحيانًا. كما تبين ضعف المشاركة من

الإدارة الوسـطى في اتخاذ القرارات. وعدم وضوح المهام التي تمارسـها الإدارة الوسطى مما ينتج عنه سوء في إنجاز الأعمال ويرجع ذلك إلى الازدواجية في العمل، وعدم الالتزام بالنظام والقانون. وتبين ضعف في ممارسـة الصلاحيات من قبل الإدارة العليا ويرجع ذلك إلى عدم صـدور اللوائح التنظيميـة وتحديد الاختصاصات؛ مما يـؤدي إلى تداخل في الاختصاصات، وكذلك سـحب الصلاحيات من وحدة إدارية إلى أخرى. كما أشـار (٤٤٪) من الإدارة العليا بأنه لا يوجد من مرؤوسـيهم من هو أهل بالتفويض. وتبين رغبة بعض الرؤساء في التدخل المسـتمر في أعمال مرؤوسيهم وتردد بعض المرؤوسين في ممارسـة الصلاحيات المخولة لهم خوفاً من المسؤولية.

وفي دراسـة الأريـاني (١٩٩٩) بعنـوان "تفعيل الـدور الرقابي لضمان شـفافية النظام الإداري والمـالي للجهـاز الحكومي في اليمـن"، تبين وجود قصور في الهيـاكل التنظيمية أو الوظيفيـة للعديد من وحدات الجهـاز الإداري الحكومي، وعدم إعـداد توصيف وظيفي لكثـير من المهـام، وعدم وجود فصل ملائـم وواضح في المهام والوظائف الرئيسـية، وعدم توفر وسـائل الحماية الكافية لموجودات وممتلكات العديـد من الوحدات الادارية، وعدم تلبية مخرجات النظام المحاسبي متطلبات إدارة الوحدات الحكومية، وعدم وجود إجراءات واضحة ومحددة لتفويض الصلاحيات، وتحديد المسئوليات، إلى جانب غياب أنظمة الحوافز المادية والمعنوية من أنظمة تقييم الأداء في الجهاز الحكومي، وعدم الالتزام بمعايير النزاهة والتأهيل والكفاءة عند شغل الوظائف الشاغرة.

كما أكدت دراسـة دقامسـة (٢٠٠٠) على ضرورة التغيير التنظيمـي وأهميته في مجال تطـور المنظمات وتقدمها. وركزت الدراسـة في جانبها الميداني على المؤسسـات الحكومية في شـمال الأردن حيث اعتمدت في إحدى فرضياتها كمتطلـب لنجاح جهود عملية التغيير التنظيمـي في المؤسسـات الحكومية على ضرورة توضيح هدف التغيـير لدى كافة المعنيين ببرامـج التغيير. أي إشراك العاملين في جميع مراحل التغيير كسياسـة تتبعها المؤسسـة في مجـال الإصلاح الإداري. وقد جاءت توصيات الدراسـة مؤكـدة أن تذليل معوقات عملية التغيـير التنظيمي تتطلب التأكيد على مشـاركة جميع العاملـين في برامج التغيير وبجميع مراحله كجزء من عملية الإصلاح الإداري في الجهاز الحكومي.

وقـام الكليبـي (٢٠٠٠) بعمل دراسـة بعنوان «تفويض السـلطة الإداريـة في الأجهزة الحكومية في اليمن: دراسة ميدانية» حيث هدفت الدراسة إلى معرفة واقع عملية التفويض للسـلطات في مراكز الـوزارات في الجمهورية العربيـة اليمنية، ثم التعـرف على المهارات التـي تتمتع بها القيادات الإدارية تجاه ممارسـة عملية التفويـض. ومدى تأثير المحددات التنظيمية والتشريعية والشـخصية على عملية التفويض كممارسة فعلية. وتحديد العوامل التي تساعد على ذلك من وجهة نظر المبحوثين. وقد توصلت هذه الدراسة الى عدة نتائج من أهمها: أنه من المحددات التي تؤثر في عملية التفويض هي المحددات التنظيمية، كما توصلت إلى أنه من أهم معوقات تفويض السـلطة عدم تمتـع القيادات الإدارية بالمهارات اللازمة للتفويض. وقد أوصت الدراسـة بضرورة تزويد القيادات الإدارية بالمهارات اللازمة لتفويض السلطات.

وفي دراسـة لحماد (٢٠٠٣) بعنـوان "تقويم منهج الرقابة الماليـة في القطاع الحكومي: دراسـة مقارنة"، تبين ضعف كفاءة النظام المحاسبي المطبق في مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، وافتقار الإدارات العليا في مؤسسات السلطة إلى الخبرة في المجال الاداري، وعدم وجود هيكليات واضحة ومعتمدة لكثير من مؤسسات السلطة، وغياب التوصيف الوظيفي للعاملين، وتمركز السلطات والصلاحيات بأيدي القائمين على الإدارة العليا، ونقص الموضوعية والشـفافية في اختيار المحاسبين، إضافة إلى عدم تطبيق العقوبات التأديبية والجزائية بحق المخالفين للقانون.

وقام العكش (٢٠٠٣) بدراسـة تهدف إلى التعرف على تشـخيص أسباب تخلف الجهاز الإداري والحلـول المقترحـة ضمن برنامج الإصـلاح الإداري ومعرفة وجهـة نظر الموظفين العاملـين في وزارات الدولة باعتبارهم الفئة الرئيسـة التي تقوم بتنفيذ المشـاريع وتقديم الخدمات للمواطنين، وتنص فرضية الدراسة على أن الاختلالات في العمل الإداري الحكومي تتطلب المعالجة من خلال وضع خطة ملائمة للإصلاح الإداري. وأكدت الدراسة على ضرورة التغيـيرات التنظيمية وأهميتها في مجال تطوير وتنمية المنظمات وتقدمها. وقد اسـتخدم الباحث أسلوب التحليل الكمي والوصفي في بحث المشكلة؛ ولتنفيذ ذلك تم تطوير استبانة لهـذا الغرض وتم توزيعها على عينة مـن موظفي الوزارات والدوائر الحكومية، وقد توصل

الباحث إلى أن أسـباب التخلف الإداري تعود إلى: المحسوبية وعدم اختيار كفاءات جيدة، عدم وضع الرجل المناسـب في المكان المناسـب، عدم ربط العمل القيادي الإداري بالإبداع وغياب نظام فعال للحوافز، ضعف أجهزة الرقابة الإدارية وتدني مسـتوى الرواتب واحتمال إعـادة الهيكلـة للجهـاز الحكومي. وقـد أوصى الباحـث ب (١) الإسراع في إعادة هيكلة مؤسسـات الجهاز الحكومي، (٢) حسـن اختيار الكفاءات الإداريـة ووضع قواعد محددة لعمليـة الاختيار، وتطبيق مبدأ الرجل المناسـب في المكان المناسـب للحد من المحسـوبية والسـيطرة العشائرية، (٣) إعادة النظر في الرواتب ووضع نظام فعال للحوافز يهتم بزيادة الإنتاجية وتحسـين الوضع المعيشي للعاملين في الجهاز الحكومي، (٤) منح صلاحيات أوسع لمؤسسـات الرقابة الإدارية من أجل الحد من الفساد الإداري والتشجع على التقاعد وإيجاد فرص عمل.

وقام المطوع (٢٠٠٣) بدراسـة بحثية بعنوان "دور تفويض السـلطة في تحقيق أهداف التنظيـم"، وقد هدفت إلى معرفة مـدى تطبيق تفويض السـلطة والتعرف على معوقات تطبيقها وما هي العوامل المشـجعة عـلى تطبيقها، واعتمد المنهـج الوصفي التحليلي من خلال المسـح الميداني، وتكون مجتمع الدراسـة من (٩١) موظفاً وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: إن مبدأ التفويض مطبق ولكن بسلطات محدودة، وهناك عوامل داخلية مشجعة على التفويض منها إنجاز العمل بصورة أسرع، رفع الروح المعنوية لدى المرؤوسين، إتاحة المجال أمام تدريب وتنمية القيادات، هناك عوامل خارجية مشـجعة منها الاتسـاع الجغـرافي، وهناك معوقات حالت دون التوسـع في التفويض منهـا الخوف من زيادة نفوذ المرؤوسين، عدم وجود نظام حوافز يشجع المرؤوسين، وعدم ثقة المرؤوسين بأنفسهم وعدم التحديد الدقيق للاختصاصات الوظيفية.

وفي دراسـة باركـر وبريـس (٢٠٠٤) بعنوان مدى اسـتخدام تفويض السـلطة وتمكين الموظفين من اتخاذ القرارات والتي هدفت إلى التعرف على مدى استخدام تفويض السلطة وتمكين الموظفين من اتخاذ القرارات، ولتحقيق ذلك تم اختيار عينة من الموظفين والمديرين في مجال الخدمات الاجتماعية في إحدى عشرة مقاطعة في ولاية متشيجان الأمريكية، وبعد جمع المعلومات من خلال أداة تم تصميمها خصيصاً لهذه الدراسـة، توصلت الدراسـة إلى

أن هناك شعوراً بين الموظفين بالتمكين وتفويض السلطة ويتحقق ذلك عندما يتوفر لديهم شعور بأن رؤساءهم متمكنون إلى درجة توفر لهم سلطة اتخاذ القرار، وتوفير الدعم لهم من خلال إتاحة الحرية اللازمة لهم في اتخاذ القرارات، وكذلك توفير الحوافز المناسبة المشجعة على العمل.

كما أجرى كلاب (٢٠٠٤) دراسة هدفت إلى تحليل وتشخيص واقع الرقابة الداخلية في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية بقطاع غزة، ومدى استكمال مقوماتها الإدارية والمالية الأساسية، ومستوى تطبيق ما توفر من هذه المقومات، مقارنة مع النظام المتكامل والفعال للرقابة الداخلية، بالإضافة إلى بيان أهمية الرقابة الداخلية في المحافظة على المال العام وحسن استغلاله وتحسين مستوى الأداء ورفع الكفاية الإنتاجية بوزارات السلطة الفلسطينية. إضافة إلى التعرف على جوانب الخلل والقصور في الرقابة الداخلية وآثارها السلبية من تسيب مالي وإداري، وتضخم وظيفي، وضعف الأداء العام، وغيرها، وتحديد الأسباب والمعوقات الرئيسية التي تحول دون تطبيق وتطوير نظم رقابة داخلية جيدة بوزارات السلطة الوطنية الفلسطينية. وقد ركز البحث على استطلاع رأي الموظفين الرقابيين العاملين بدوائر الرقابة الداخلية بوزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة باعتبارهم أكثر الفئات الوظيفية تماساً مع هذا الواقع، وقد تم ذلك من خلال تطوير استبانة لهذا الغرض. كما تم الاستعانة بالأبحاث والدراسات والتقارير الرسمية والصحفية والمقابلات الشخصية لتأكيد نتائج البحث. وقد توصل البحث إلى وجود ضعف في مستوى تطبيق المقومات الأساسية للرقابة الداخلية بوزارات السلطة الفلسطينية، وهو ما انعكس في ضعف نظم الرقابة الداخلية عن تحقيق الأهداف المنوطة بها، وتفشي الظواهر السلبية من تسيب مالي إداري، وتضخم وظيفي، وسوء الإدارة، وضعف الأداء العام، وغياب الشفافية والمساءلة. كما بينت الدراسة وجود أسباب ومعوقات جوهرية أخرى ساهمت في ضعف تطبيق وتطوير نظم الرقابة الداخلية بوزارات السلطة الفلسطينية. وقد أظهرت الدراسة وجود علاقة معنوية طردية بين مستوى توفر وتطبيق المقومات الأساسية للرقابة الداخلية وبين درجة تحقيق الأهداف العامة لوزارات السلطة. كذلك أثبتت الدراسة وجود علاقة معنوية عكسية بين مستوى توفر وتطبيق المقومات الأساسية للرقابة الداخلية وبين وجود وتفشي الظواهر السلبية من تسيب مالي وإداري وسوء الإدارة وضعف الأداء وغيرها.

وختاماً خلص البحث إلى مجموعة من التوصيات التي من شأنها تقوية وتدعيم نظم الرقابة الداخلية بوزارات السلطة الوطنية الفلسطينية بما يمكنها من تحقيق الأهداف المنوطة بها بأقصى كفاءة ممكنة.

وفي دراسة تهدف إلى تقديم تقرير ومناقشة نتائج دراسة الحالات المختلطة التي تقدم فهماً متعمقاً عن كيفية تنفيذ خمس منظمات كندية حكومية لإدارة الأداء، أشار جُه وآخرون (٢٠٠٤) إلى أن إدارة الأداء ممارسة راسخة في المنظمات الحكومية. ومع ذلك، فإن العلماء على نحو متزايد يتساءلون عن فعاليتها في تحسين الأداء التنظيمي. وقد أظهرت الأبحاث أن الفوائد المفترضة من إدارة الأداء لا تزال موضع شك وأن هناك العديد من الحواجز والتحديات والمشاكل في تنفيذها. استخدم الباحثون أسلوب دراسة الحالة المختلط النوعي، كما قام الباحثون بإجراء مقابلات شخصية منظمة في كل جهة حكومية من الحالات الخمسة. وقد ركز التحليل المتقاطع للبيانات على المواضيع الرئيسية الناشئة عن البيانات فيما يتعلق بالتحديات والحواجز وعوامل النجاح والسياق والآثار المترتبة على الممارسة بالنسبة للمنظمات الحكومية. حيث تم تحديد ثلاثة عوامل سياقية ومناقشتها في شرح بعض النتائج. وقد تم استخلاص النتائج من أجل جعل إدارة الأداء أكثر فعالية في تحقيق تحسين أداء المنظمات الحكومية من خلال دمج إدارة الأداء ضمن استراتيجيات القيادة.

وأجرى القطناني (٢٠٠٤) دراسة هدفت إلى التعرف على بعض خصائص البيئة التقنية وتكنولوجيا المعلومات (الخصائص الإدارية، خصائص الملاءمة، خصائص الأمن والسلامة) وقياس مدى توافرها في المصارف الأردنية، بالإضافة إلى تحديد مدى تأثير هذه الخصائص في مخاطر الرقابة التشغيلية في المصارف الأردنية من وجهة نظر كل من العاملين في دوائر الرقابة والتدقيق الداخلي في المصارف الأردنية والمدققين الخارجيين لهذه المصارف ومدى توافق آراء عينة الدراسة في الإجابة عن تساؤلات الدراسة. وقد قام الباحث بتطوير أداة الدراسة (الاستبيان) استناداً إلى الإطار النظري والدراسات السابقة، وتم توزيع (٦٤) استبانة على عينة من مجتمع الدراسة الذي يتكون من العاملين في دوائر الرقابة الداخلية في المصارف الأردنية والمدققين الخارجيين لهذه المصارف. وباستخدام أدوات التحليل الإحصائي

المناسـبة لبيانات الدراسـة (المتوسطات الحسـابية والانحرافات المعيارية واختبار (T-test Paired sample) توصل الباحث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء العاملين في دوائـر الرقابـة الداخلية في المصارف الأردنية والمدققين الخارجيين لهذه المصارف بشـأن مـدى توافر خصائص البيئة التقنيـة والتكنولوجية لنظم المعلومـات (الخصائص الإدارية، الملاءمة، الأمن والسـلامة) في المصارف الأردنية. ولا توجد فـروق ذات دلالة إحصائية بين آراء عينتي الدراسـة لهذه المصارف بشـأن مدى تأثير خصائص البيئة التقنية والتكنولوجية لنظم المعلومات في مخاطر الرقابة التشغيلية في المصارف الأردنية. وفي ضوء نتائج التحليل قـدم الباحث مجموعة من التوصيات التي يراها ضرورية لتحسـين خصائص البيئة التقنية وتكنولوجيا المعلومات في المصارف الأردنية للحد من مخاطرها الرقابية.

وفي دراسـة الشريـف (٢٠٠٤) والتي هدفـت إلى بيان أثر اسـتخدام تقنية المعلومات على المسـتوى التنظيمي والإداري في المؤسسـات الحكومية بعنـوان "دور نظم المعلومات في إدارة المؤسسـات الحكوميـة حالـة وزارة التربية والتعليم في الجمهوريـة اليمنية"، قام بدراسـة الآثار التنظيمية لاستخدام نظم المعلومات في المؤسسات ودور نظم المعلومات في الإصلاح الهيكلي والاتصال والتنسيق بين الوحدات داخل المؤسسات وخارجها، وبين الباحث أن لنظـم المعلومـات دوراً قوياً جداً في عملية الاتصال والتنسـيق بين الوحدات التنظيمية داخل المؤسسات وذلك باستخدامها التقنيات العالية للشبكات المحلية والعالمية "الإنترنت" وربطها بقواعد البيانات الحديثة؛ مما أسـهم في تلاحم التنظيم والمشاركة بالمعلومات وزاد من الشـفافية ووحد مصادر المعلومات. واتخذت نظم المعلومات أسلوبين لتنظيم أعمالها إما مركزيـة أعمالها وقواعد بياناتها أو العكس لا مركزي بحيث أنشـأت إدارة للمعلومات ووحـدات تنظيمية وقواعد بيانات في الوحـدات التنظيمية المختلفة، وهي وحدة تنظيمية تتبـع الإدارة العليا تنظيمياً، وهي باحتلال هذا الموقع سـاهمت وبشـكل فاعل في توجيه اسـتراتيجيات المنظمة وزادت من قدرة المؤسسـة مما ساعد المؤسسات على احتلال مواقع إسـتراتيجية مهمة على نظيراتها. وبين الباحث أن إدخال تكنولوجيا المعلومات قد أثر على الجهاز باسـتحداث هياكل داخل الهياكل التنظيمية تعمل كمسارات لنقل المعلومات، وقد فرضـت أنظمة المعلومات على الجهاز إعادة تصميم الهيكل التنظيمي ودمج واسـتحداث وحدات كثيرة.

وفي دراســة أخــرى لحماد (٢٠٠٥) بعنــوان «تقويم أداء الإدارات المالية في مؤسســات السـلطة الفلسـطينية: بحث تطبيقي على عــدد من الوزارات الحكوميــة في قطاع غزة»، بهدف التعرف على الأداء المالي في مؤسســات الســلطة الفلســطينية وتحليل العوامل التي يمكــن أن تحــد من كفــاءة وفعالية العمل ومعرفــة ما إذا كانت هناك فــروق ذات دلالة إحصائيــة بين متغيرات الدراســة تعزى لمتغيري الوظيفة والخبرة، اســتخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الاســتقرائي في الوصول إلى النتائج مســتعيناً بالاستبانة، والتقارير الرسمية وغير الرســمية، وقد تكون مجتمع البحث من المحاسبين العاملين بالإدارات المالية إضافة إلى المديرين الماليين بوزارات الســلطة المختلفة، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية حيث تم اختيار الإدارات المالية في الأجهزة الحكومية نظراً لقوتها وما تتمتع به من اهتمام في المؤسســة الحكومية، ولذلك كان لابد من التعــرف على مهام واختصاصات الإدارة المالية الحكومية. فالإدارة المالية هي الإدارة المســئولة عن تســيير كافة الأعمال المالية للمؤسسة وفق المهام والاختصاصات التي حددها لها الهيكل التنظيمي للمؤسسة. وتوصلت الدراسة إلى النتائــج التالية (١) غياب كثــير من القوانين والتشريعات والتعليــمات المالية الواضحة والمكتوبــة التي يمكن أن تسترشــد بها الإدارات المالية في عملهــا، (٢) أن الهياكل التنظيمية الموجــودة بالوزارات غير واضحة وغير معتمدة، ولا يطلع عليها الموظفون، (٣) عدم وضوح الاختصاصات والصلاحيات للعاملين بالإدارات المالية، وتمركز الصلاحيات في أيدي المســئولين في هــذه الادارات. وأوصى الباحــث بضرورة توضيح أهداف المؤسســة وهيكلها التنظيمي لجميــع العاملين بها، وربــط هذه الأهداف بالأهداف العامة للســلطة، ليكونوا على دراية بأحوال مؤسســاتهم ويتعمق انتماءهم لها. ووضــع قوانين وتشريعات واضحة تحول دون تمكين أصحاب القرار من التلاعب بهيكليات المؤسسات الحكومية وفقاً لأهوائهم. والتحول من المركزية إلى اللامركزية بما يتناســب وطبيعة الأعمال المنوطة بالموظفين، وإشراك القائمين عــلى الإدارات المالية في وضع السياســات والإجراءات والتعليــمات المالية المتعلقة بعملهم المــالي. وضرورة اهتــمام وزارة المالية بصــورة خاصة والإدارات العليا في وزارات الســلطة بصورة عامة بتحديث وتطوير وســائل وأســاليب العمل بالإدارات المالية من خلال إدخال نظم المعلومات المحاسبية المحوسبة فيها، وتطوير النظام المحاسبي الحكومي بشكل عام.

وأجرت نعيرات (٢٠٠٦) دراســة بعنــوان " التوجه نحو تطبيــق اللامركزية الإدارية في

مستشــفى جنين"، بهــدف التعرف على كيف تعمــل اللامركزية الإدارية عــلى رفع كفاءة الموظفــين، وجودة الإنتاج في تقديــم الخدمات الطبية من خلال تطويــر الإطار التنظيمي للمؤسســة الصحية وتقديم بعــض النماذج والأنماط لتطبيق أســس اللامركزيــة الإدارية، واعتمدت الاستبانة كأســلوب لجمع المعلومات وقياس فاعلية الإدارة القائمة في المستشفى ومقدرتها على النهوض بالمؤسسة وتطويرها من وجهة نظر الموظفين. وضم مجتمع الدراسة ٧٣ موظفاً في مستشــفى جنين ومن الجنســين ، أما العينة المختــارة فهي (٣٦) موظفاً وتم اســتبعاد (٣) اســتبانات لعدم صلاحيتها أي العينة المختارة هــي (٣٣) بواقع (٢٣) ذكوراً، و(١٠) إنــاث. وقد اعتمد بالإضافة للمتغيرات الديموغرافيــة أيضاً أهداف الإدارة، التنظيم الإداري، وظائف رؤســاء الأقسام، مفهوم اللامركزية، وأســاليب الإدارة. واعتمد الباحث في دراســته على المنهج الوصفي الإحصائي في اســتخراج التكرارات والنســب المئوية. وتبين أن أفراد العينة يرون في اللامركزية الإدارية وسيلة لتطوير العمل، ويؤيدون تفويض الصلاحيات ولمستوى متوسط من الإدارة، كما تبين أنه لم يكن هناك أي أثر للمتغيرات الديموغرافية فيما يخص التوجه نحو اللامركزية الإدارية.

وقــام الفرا واللوح (٢٠٠٧) بإجراء بحــث بعنوان "تطور الهيــاكل التنظيمية للوزارات الفلســطينية في قطاع غزة وأثره على الكفاءة الإدارية" بهدف التعرف على التطورات التي حصلت على الهيكل التنظيمي للـوزارات الفلسطينية وأثر هذا التغير على الكفاءة الإدارية للوزارات. وكان من فروض الدراســة وجود علاقــة ارتباطـية بيـن تطور الهيكل التنظيمي وزيادة كفاءة اســتخدام التكنولوجيا في الوزارات الفلســطينية ووجود علاقـة ارتباطـية بين تطور الهيكل التنظيمي وعدم تداخل الصلاحيات داخل الوزارات الفلسطينية. وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي وتصميم استبانة مكونة من ٨٠ فقرة وكان مجتمع الدراسة يتكون من ٣١١٨ موظفاً، وتم أخذ عينة طبقية عشوائية تتكون من ٥٠٠ موظف ما بين وكيل وزارة ورئيس قسم بحيث شمل الإدارة العليا والوسطى والدنيا في هذه الوزارات. وقد تم تحليل الاســتبانة باستخدام برنامج SPSS، وكان من أهم نتائج البحث بأنه يوجد خلل في الهياكل التنظيمية للوزارات الفلســطينية ناتج عن التغيرات الوزارية المتلاحقة وعدم كفاءة القائمين على إعداد الهياكل، وكان لهذا الخلل الأثر البالغ في قدرة الوزارات الفلســطينية على تطوير أدائها الإداري؛ مما يســتوجب الأمـر إعادة دراسة هذه الهيكليات بما يتفق مع استراتيجية

هــذه الوزارات، وكان من أهم توصيات هـذه الدراســة هو عدم ترك المجال مفتوحاً لكل وزير جديد أن يعدل في الهيكل التنظيمي للوزارة حسـب أهوائه الشخصية وبدون دراسات معمقة، وكذلك ضرورة إعادة توزيع الموظفين وتوضيح المهام الوظيفية لهم لتجنب تداخل الصلاحيات.

كما أجرى جابر(٢٠١٠) دراســة هدفت إلى التعرف على مستوى التداخل في اختصاصات الأجهزة الرقابية العاملة في وزارة الإعمار والإسكان العراقية ومعرفة أثره على الأداء الوظيفي للعاملــين فيها، ومعرفة فيما إذا كان ذلك يتأثر بالخصائص الشـخصية والتنظيمية للعاملين المبحوثــين (الجنــس، العمر، المؤهل العلمي، المســمى الوظيفي، ســنوات الخدمة وطبيعة الدائرة). وقد اســتخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وأسلوب الدراسة الميدانية، حيث تم تطوير اســتبانة خاصة بهذه الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها، وتم توزيعها على كامل أفراد مجتمع الدراسة والبالغ عددهم (٤٠٠) مدير قسم ومدير شعبة ومدير وحدة في وزارة الإعمار والإســكان العراقية، تم اســترجاع (٣٠٢) اســتبانة وأخضعت المعلومات الواردة فيها للتحليل باســتخدام برنامج SPSS الإحصائي. وكشــفت الدراســة عن وجود مستوى مرتفع مــن التداخل والازدواجية في اختصاصات وأعمال الأجهــزة الرقابية العاملة في وزارة الإعمار والإســكان، كما تبــين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقديــر المبحوثين لمســتوى التداخل والازدواجية في اختصاصات الأجهــزة الرقابية العاملة في وزارة الإعمار والإسكان العراقية تعزى إلى المتغيرات (العمر، المؤهل العلمي، سنوات الخدمة، طبيعة الدائرة)، كما بينت الدراســة وجود مســتوى متوســط لأثر التداخل والازدواجية في اختصاصات الأجهزة الرقابية على الأداء الوظيفي من وجهة نظر العاملين. بينت النتائج أيضاً عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير المبحوثين لأثر التداخل والازدواجية في ممارســة الاختصاصات الرقابية على مجالات الأداء الوظيفي منفردة ومجتمعة تعزى إلى متغير الجنس باســتثناء مجال (تبســيط وتطوير الإجراءات). وكذلك لم تظهــر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالــة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في تقدير المبحوثــين لأثر التداخل والازدواجية في ممارســة الاختصاصــات الرقابية على مجالات الأداء الوظيفي منفردة ومجتمعة تبعاً للخلفيات الشخصية.

وأجرى فيست وأيزل (٢٠١٣) دراسة هدفت إلى التعرف على العوامل التي تسهم في قدرة منظمات الصحة العامة على تبادل البيانات. حيث ربط الباحثان بين أداة المسح الاستقصائي للدوائر الصحية المحلية للرابطة الوطنية للمسؤولين الصحيين في المقاطعات والمدن لعام ٢٠٠٨ وأداة المسح الاستقصائي للصحة العامة في الولايات الخاصة برابطة مسئولي الصحة في الولايات والمقاطعات ٢٠٠٧. أجرى الباحثان تحليلاً مقطعياً للعوامل التنظيمية المرتبطة بالفجوات في تبادل البيانات بين الأجهزة الصحية الحكومية والإدارات الصحية المحلية في مجالات تحصين الأطفال والسجلات الحيوية والحالات المبلغ عنها. وكانت نسبة الإدارات الصحية المحلية التي تعاني من فجوة في تبادل البيانات ٣٤,٠ ٪ للتحصينات، و٦٩,٨ ٪ للسجلات الحيوية، و٨١,٨ ٪ للظروف المبلغ عنها. وقد تبين أن زيادة القدرات التكنولوجية وحجم الأجهزة الصحية في الولاية قد ساهم في تضييق الفجوة، وأن تحسين قدرات أجهزة الصحة العامة في مجال أنظمة المعلومات هو مفتاح النظام الصحي المتطور.

وفي دراسة لعريبي (٢٠١٣) بعنوان "أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصال على البناء التنظيمي للمؤسسات: حالة المؤسسات الجزائرية"، تناول الباحث مفهوم تكنولوجيا المعلومات والاتصال وأبعاده الإستراتيجية والاستعمالية، ومفهوم البناء التنظيمي باعتباره الإطار الذي يحدد الإدارات والأقسام وتحديد الوظائف وخطوط السلطة داخل المؤسسات، كما تمت الإشارة إلى العلاقة والأثر الذي تخلفه تكنولوجيا المعلومات والاتصال على البناء التنظيمي للمؤسسات من خلال ما يحمله الموظف من ثقافة تنظيمية وإحداث تغير تنظيمي والعمل عن بعد وتكوين فرق عمل لمواجهة التغيرات التكنولوجية المتسارعة، ولقد خلص البحث إلى عدة نتائج تتعلق بوجود تأثير كبير لتكنولوجيا المعلومات والاتصال على البناء التنظيمي، إعادة البناء التنظيمي، الخريطة التنظيمية، الدليل التنظيمي، الثقافة التنظيمية، العمل عن بعد، وفرق العمل.

وأجرى العواوده (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى التعرف على العوامل التنظيمية (الهيكل التنظيمي، النمط الإداري، مهارة ورغبة المرؤوسين في تحمل مسؤوليات جديدة، انسياب المعلومات، ثقافة المنظمة، تقييم الموظفين) المؤثرة في تصورات الموظفين للتفويض الإداري في مراكز الوزارات الأردنية. وقد تكون مجتمع الدراسة من جميع مديري المديريات في مراكز

الــوزارات الأردنية، والبالغ عددهم (٣٣٣) مدير مديرية، وقــد قام الباحث باختيار جميع مفردات هذا المجتمع ليكون عينة للدراســة، وتم توزيع (٣٣٣) اســتبانة على جميع أفراد مجتمع الدراســة، استرجع منها (٢٩٤) استبانة أي بنســبة استجابة بلغت (٨٨٪) وتوصلت الدراســة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العوامــل التنظيمية (الهيكل التنظيمي، النمط الإداري، انســياب المعلومات، مهارة ورغبة المرؤوســين في تحمل مسؤوليات جديدة وتصورات الموظفين نحو التفويض الإداري في مراكز الوزارات الأردنية)، كما توصلت الدراسة إلى عــدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات الموظفين نحو التفويض الإداري تعزى للمتغيرات الشــخصية والوظيفية التالية (الجنس، العمر، عدد ســنوات الخبرة)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لتصورات الموظفين تعزى لمتغير المؤهل العلمي تختلف معها فيما يتعلق بباقي العوامل الديموغرافية، وأوصت الدراسة بأهمية تشخيص العوائق التنظيمية التي قد تحد من نشر ثقافة وسياسة التفويض وذلك عــلى صعيدين: الأول يتعلق بالمديرين باعتبارهم العنصر المؤثر في صناعة هذه الثقافة والمصدر المؤيد لها أو العكس، والثاني يتعلق بالموظفين، بيئة التفويض، ووعيهم وثقافتهم ومهارتهم.

كــما أجرت الزعبي (٢٠١٤) دراســة هدفــت إلى التعرف على إمكانيــة تطبيق الإدارة الإلكترونية في المدارس الحكومية التابعة لمديرية التربية والتعليم في محافظة إربد من وجهة نظر مديري المدارس، ولتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بتصميم استبانة تكونت من (٣٨) فقرة، تم توزيعها على عينة الدراســة والبالــغ عددها (٤٣) مدير ومديرة من مديري المــدارس الحكومية التابعة لمديرية التربية والتعليم في محافظة إربد، تم اختيارهم بطريقة عشــوائية من مجتمع الدراســة، وبعد إجراء المعالجات الإحصائيــة اللازمة أظهرت النتائج وجود مســتوى متوســط لتطبيق الإدارة الإلكترونية في المــدارس الحكومية التابعة لمديرية التربيــة والتعليــم في محافظة إربد من وجهة نظــر مديري المدارس، كــما أظهرت النتائج وجــود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في واقع تطبيق الإدارة الإلكترونية في المدارس الحكومية في إربد تعزى لمتغير نوع المدرسة في كل من مجال القدرات التكنولوجية لمدير المدرســة في الإدارة الإلكترونيــة، وكانت الفروق لصالح المدارس الثانوية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على جميع مجالات

الدراسة والأداة ككل تبعاً لمتغير المؤهل العلمي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على جميع مجالات الدراسة والأداة ككل تبعاً لمتغير الخبرة في مجال الإدارة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في واقع تطبيق الإدارة الإلكترونية في المدارس الحكومية في إربد تعزى لمتغير نوع المدرسة في كل من مجالي (التجهيزات الإلكترونية الحديثة وملحقاتها بالمدرسة) و(تطبيق الإدارة الإلكترونية في الإدارة المدرسية في مجال شؤون الطلبة).

٢/٣/٢ أهم الدراسات التي أُجريت في المملكة العربية السعودية:

في دراسة هدفت إلى دراسة أثر تعدد الرقابة على الأجهزة الحكومية أوضح الثقفي (١٤١٨) أن ظاهرة تعدد الرقابة وأجهزتها الإدارية والمالية ينعكس أثره على مستوى الأداء في الأجهزة الحكومية نتيجة للتداخل والازدواج والتضارب في التعليمات التي تصدرها تلك الأجهزة. وقد حدد الباحث عدداً من الفرضيات منها: أ-يؤدي تعدد أجهزة الرقابة الخارجية إلى ازدواجية اختصاصاتها مما ينعكس سلباً على أداء الأجهزة الحكومية، ب-إن ازدواجية الاختصاصات وتداخل أعمال المراقبين التابعين لأجهزة رقابية مختلفة يخلق ارتباكاً وزيادة في أعباء العمل، ج-لا توجد وسائل للتنسيق بين مختلف الأجهزة الرقابية الخارجية – وخاصة أنها غير تابعة لجهة رئاسية عليا واحدة – مما يؤثر سلباً على الأداء داخل الأجهزة الحكومية. وقد استخدم الباحث المنهج التاريخي والوصفي التحليلي. وقد حدد الباحث مجتمع البحث بثلاث جهات حكومية وهي جامعة الملك عبدالعزيز والمديرية العامة للشئون الصحية بالمنطقة الغربية، ومنطقة جدة للاتصالات بوزارة البريد والبرق والهاتف (سابقاً). وقد استخدم أسلوب المسح الشامل لمجتمع دراسته المكونة من (١٣٧) مفردة، هم الموظفون بالإدارات والأقسام الخاصة بالشئون المالية والإدارية بالجهات التي يضمها مجتمع الدراسة. وقد اتبع الباحث في جمع البيانات الأولية أسلوب المقابلة الشخصية المقننة وأسلوب قائمة الاستقصاء واستخدام أسلوب حصر تكرار إجابات مفردات البحث على الأسئلة واستخلاص مدلولاتها بالنسبة لتساؤلات البحث (Test) مع استخدام أسلوب مربع كاي للتعرف على علاقة وتأثير البيانات الأساسية لمفردات البحث بآرائهم على الأسئلة الواردة في الاستبيان. وقد توصل الباحث الى عدد من النتائج من أهمها أن هناك تعدداً في

أجهزة الرقابة المالية والإدارية التي تمارس الرقابة، وأن هذا يؤدي إلى الازدواجية والتكرار في اختصاصاتها مما يؤثر سلباً على الأداء بتلك الجهات وبسبب زيادة أعباء العمل على الجهات وطول فترة بحث الموضوعات، ويرجع ذلك إلى تعدد طلب البيانات من تلك الجهات بشكل كبير. وأن الأساليب التي يتبعها مندوبو الأجهزة الرقابية ما زالت أساليب تقليدية وهناك اهتمام بتطوير أساليب الرقابة التقليدية. إلا أن هناك بعض الأسباب لعدم إتباع الأساليب الرقابية الحديثة منها جمود أساليب وإجراءات العمل بأجهزة الرقابة وعدم تطويرها، وعدم الاهتمام في التحديث من خلال التدريب وعدم الكفاءة ونقص الخبرة لدى العاملين بهذه الأجهزة. وفي ضوء ذلك تقدم الباحث ببعض التوصيات والمقترحات من أهمها أن تكون الرقابة الداخلية التي تقوم بها الوحدة الحكومية هي الأساس دائماً. وأن يتم تحديد الوسائل لزيادة الفعالية والعمل على إنشاء وحدة تفتيش ورقابة في كل جهاز حكومي. توحيد الجهة التي تختص بتجميع البيانات في الأجهزة الحكومية وتركيزها في إدارة واحدة، وتنظيم عملية تقديمها للأجهزة الرقابية في مواعيد محددة، وفقاً لنماذج موحدة يسهل على الوحدات الحكومية إعدادها في وقت مناسب لا يؤدي إلى تعطيل الأعمال. تحديد اختصاصات أجهزة الرقابة الخارجية حتى لا يكون هناك ازدواجية أو تداخل وتعارض بين أجهزة الرقابة. إعداد نماذج للرقابة والمتابعة ترسل للأجهزة الحكومية لطلب المعلومات التي تحتاجها الأجهزة الرقابية. تطبيق نظام استخدام الحاسب الآلي في الجهاز الرقابي لتخزين المعلومات يسمح بنقلها وتبادلها واسترجاعها في أوقات مناسبة.

وأجرى الحربي (١٤١٩هـ) دراسة بعنوان "إدارات الحاسب الآلي بالأجهزة الحكومية في المملكة العربية السعودية: المعوقات والحلول" وهدفت الدراسة إلى التعرف على المعوقات التي تواجه إدارات الحاسب الآلي في الأجهزة الحكومية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي وتوصلت الدراسة إلى أن من أهم المعوقات البشرية التي تواجه استخدام الحاسب الآلي في الإدارات الحكومية ما يلي: نقص عدد العاملين ، عدم وجود برامج خاصة للتدريب في مجال الحاسب الآلي، عدم توفر مؤهلات علمية كافية لدى العاملين للقيام بالأعمال المناطة بهم، وعدم وجود حوافز مادية ومعنوية للعاملين الأكفاء .كما أن هناك معوقات تنظيمية تواجه استخدام الحاسب الآلي تتمثل في عدم وضوح أهداف الإدارة، وعدم وجود خطط إستراتيجية، وعدم وجود وصف

وظيفي واضح للوظائف يحدد المسـؤولية والمهام لكل وظيفة .كما بينت الدراسـة بأن من أهم المعوقات الفنية التي تواجه اسـتخدام الحاسب الآلي ما يلي: عدم وجود وكيل معتمد داخل المملكة للأجهزة والأنظمة التي تستخدمها الإدارة، عدم وجود خبراء أكفاء في الأجهزة التي يوردونها لدعم العملاء، عدم زيادة طاقة أجهزة الحاسـب الآلي بسـهولة وعدم توافر معايير ثابتة ومتبعة لتوثيق أنظمة الحاسـب الآلي، عدم وجـود مواصفات ومعايير ينبغي الالتـزام بها عند شراء الأجهزة، يضاف إلى ذلك التطور السريع في تقنية الحاسـب. وتتمثل المعوقات المالية التي تواجه اسـتخدام الحاسـب الآلي في عدم كفايـة الميزانية للاحتياجات المادية لإدارة الحاسب الآلي من الجهات المختصة.

وفي دراسة قام بها البيشي (٢٠٠١) بعنوان "الأجهزة الإدارية المركزية في المملكة العربية السعودية مع بداية القرن الجديد وسبل تطويرها"، تبين أن هنالك قصوراً في درجة وضوح الهـدف العام والأهـداف الفرعية والاختصاصـات والمهام للجهـاز الإداري من قبل بعض العاملين فيه، أو المسـتفيدين منـه، والتباعد بين قمة الهيكل وقاعدتـه، وقلة الصلاحيات الممنوحـة من قبل الإدارة العليا للتنفيذيـين، إلى جانب عدم توافر الدليل التنظيمي ودليل الإجراءات لدى بعض الأجهزة الحكومية. وضعف المتابعة الإدارية في بعض هذه الأجهزة.

أجـرى الأكلبي (٢٠٠٣) دراسـة هدفت إلى التعـرف على العوامل المؤثـرة على نطاق الإشراف الإداري في الأجهزة الأمنية مسـتخدماً المنهج الوصفي التحليلي بواسـطة اسـتبانة وتوصلت الدراسـة إلى أن غالبية المشرفين يرون أن نطاق الإشراف الخاص بهم غير مناسـب وأنه أقل مما يجب، ويرون أن يكون نطاق الإشراف أقل من عشرة (١٠) موظفين ليتناسب مع قدراتهم القيادية. وأن تأثير العوامل الخاصة بالمشرفين والمرؤوسـين والعمل على نطاق الإشراف الضيق أعلى من المتوسط، بينما تأثير العوامل الخاصة بالبيئة التنظيمية على نطاق الإشراف الضيق كان تأثيراً متوسطاً. وأن مستوى أداء المرؤوسين في الوحدة المدنية التي يتولى المشرف الإشراف عليها هو في نفس مستوى أداء المرؤوسين في الوحدات الأمنية الأخرى.

أجرى السـبيعي (٢٠٠٣) دراسة هدفت إلى معرفة متطلبات التنظيم الإداري الفعال في قطـاع الجوازات، وتحديد فوائد التنظيـم الإداري ومدى اختلاف تأثير التنظيم الإداري على كفاءة أداء قطاع الجوازات باختلاف طبيعة الوظيفة والمؤهل العلمي. وإيجاد الحلول لعلاج

أوجه القصور في التنظيم الإداري. واســتخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي مســتخدماً اســتبانة مكونــة من (٨١) عبارة تــم توزيعها على ١٦٥ من قادة وضبــاط وإداريين بقطاع الجــوازات بمدينة الرياض، وبينت الدراســة أن التنظيــم الإداري الفعّال في قطاع الجوازات متوفر بدرجة متوسطة، ويحقق التنظيم الإداري الفعال في قطاع الجوازات بدرجة عالية في الرقابة على الأداء، تحديد الأعــمال والواجبات، العمل ضمن إطار تنظيمي واضح، وتوحيد جهود العاملين. كما بينت الدراســة أن للتنظيم الإداري تأثيراً أعلى من المتوسط على كفاءة أداء قطــاع الجوازات. ويوجد بعض القصور بدرجة أعلى من المتوســط خاصة فيما يتعلق بعدم الاســتخدام الأمثل للإمكانيات المادية والبشرية، وعدم تشــجيع روح الابتكار وانفراد الرؤســاء باتخاذ القرارات وصعوبة توفير الأشخاص الأكفاء لشغل وظائف التنظيم الإداري. ومــن الحلــول التي أوردهــا العاملون التالي: تبســيط الإجراءات واللوائــح، منح العاملين الصلاحيات التي تتناسب مع مســئولياتهم ومهامهم، إيجاد نظام فعّال للترقيات والحوافز، وإعــلام العاملين بمفاهيم التنظيم. كما بينت الدراســة وجود فــروق ذات دلالة إحصائية بين العســكريين والمدنيين في رؤيتهم لتأثير التنظيم الإداري على كفاءة أداء قطاع الجوازات وهذه الفروق لصالح العسكريين.

أشار الشيحة (٢٠٠٤) في ورقته العلمية بعنوان «دور الحكومة الإلكترونية في رفع كفاءة الإدارة المحلية وتفعيل المشــاركة الشعبية في ظل التنظيمات البيروقراطية في الدول النامية: الفــرص والتحديات» في ندوة التجارة الإلكترونية التي أقيمــت في جامعة الملك خالد بأبها وهدفت إلى التعرف على إمكانية مســاهمة تقنية المعلومات في جعل الإدارات المحلية أكثر شــفافية واستجابة لمتطلبات السكان المحليين، إلى أنه في سبيل تطبيق الحكومة الإلكترونية يلزم أولاً وقبل أي شيء تأهيل النظم السياسية والإدارية، بحيث تكون النظم الإدارية المحلية قادرة على صنع القرارات الصحيحة في الوقت المناســب. يستند هذا المفهوم على تصور أن ســكان المدن هم أعرف الناس بمصالحهم ومشاكلهم المحلية. لذا يكون نهج اللامركزية من أهــم مقومات تطويــر الإدارة المحلية. هذا من الناحية الفلســفية والتوجه العام، أما من الناحية التطبيقية فإن ذلك يستلزم آلية فاعلة لاستشفاف الرأي العام والتعرف على المشاكل الاجتماعيــة والفنية في المجتمــع المحلي. فصناع القرار المحلي تلزمهــم المعلومات الدقيقة المصنفــة التي تنبئ عن الرأي العام المحلي (المشــاكل والاحتياجــات والإمكانات والأهداف

المحلية في الحاضر والمستقبل). توافر هذه المعلومات من شأنه جعل القرار المحلي أكثر فاعلية في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المحلية. وهنا يتضح دور الحكومة الإلكترونية في جعل الإدارات المحلية أكثر شفافية وكفاءة اقتصادية، وإحداث نقلة نوعية في العمل الإداري الحكومي. إن التقنية المعلوماتية من شأنها جعل المعلومات متوافرة لعموم السكان، مما يتيح الفرصة أمامهم بالمشاركة في عملية اتحاذ القرار أو على أقل تقدير رفع مستوى الوعي الجماعي والإحساس بالأهمية. ومن ناحية أخرى، يجعل عمل البيروقراطيين أكثر وضوحاً وبالتالي أكثر مساءلة.

وفي رسالة الماجستير بعنوان" الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات دراسة دافعية واقعية في المملكة العربية السعودية"، بينت عامر (٢٠٠٥)، بأنه يوجد تباين في مستويات أداء المستشفيات الخاصة أو الاستثمارية والمستشفيات الحكومية والمراكز الطبية المتخصصة والمستوصفات سواء أكان من حيث جودة الخدمة الطبية المباشرة أو من حيث جودة الخدمات الفنية والإدارية المكملة. وتأتي النظم والأنماط الإدارية المطبقة بهذه المستشفيات في مقدمة أسباب التباين في مستويات أدائها. وهدفت الدراسة إلى (١) التعرف على الأنماط والأساليب الإدارية السائدة في المستشفيات الحكومية والخاصة، وتحديد المعوقات التي تحد من كفاءتها وفاعليتها وكيفية التغلب عليها، وسبل تطويرها (٢) التعرف على أهم الاتجاهات الإدارية الحديثة في المجالات المتعلقة بالتخطيط الاستراتيجي وكيفية اختيار البناء التنظيمي للمستشفيات وأسس التنظيم الإداري للهيئات الطبية والفنية والإدارية، وأسس تكوين وإدارة فرق العمل و(٣) دراسة مشكلة ازدواج السلطات بين الأقسام الفنية والإدارية بالمستشفيات (٤) دراسة وتحليل أساليب ضبط واحتواء نفقات تشغيل المستشفيات (cost containment) من خلال تطبيقاتها في المملكة العربية السعودية. (٥) الوقوف على الأساليب الحديثة لتقييم أداء العاملين، والأداء المؤسسي للمستشفيات ووحداتها التنظيمية. (٦) التعريف بالأساليب الحديثة في إدارة السجلات الطبية وإدارة نظم المعلوماتية الإدارية في المستشفيات.

وأجرى العتيبي (٢٠٠٨) دراسة بعنوان "موقف القيادات الإدارية من تفويض السلطة وأثره على إنجاز الأعمال". وهي دراسة مسحية على منظمات الخدمات العامة في المملكة

العربية السعودية في مدينة جدة تحديداً. وتركزت أهداف الدراسة في عرض وتحليل مدى تطبيــق منظمات الخدمات العامة لتفويض الســلطة بصفة عامة، والتعرف على التحديات والعوائــق التي تحد من ممارســة التفويض، بالإضافة إلى التعرف على المعوقات الرئيســية للتفويض في كل منظمة، واســتخدم الباحث في دراسته المنهج الوصفي والتحليلي؛ ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة تكونت من (١٩٦) فرداً، وقد استخدام الباحث استبانة من إعداده في جمع المعلومات، وتوصلت النتائج إلى محدودية التفويض في منظمات الخدمات العامــة، كما أوضحت الدراســة بعض العوامل المشــجعة للقادة الإداريــين على التفويض، وأن طبيعة وبيئة عمل هذه المنظمات مناســبة لممارســة التفويــض؛ وذلك نتيجة للخبرات والكفاءات التي تتميز بها هذه المنظمات وقيادتها.

وأجــرت الجهني (٢٠٠٩) دراســة تهدف إلى التعرف على تحليــل الأنظمة البيروقراطية والإجراءات الروتينيــة في القطاع الحكومي، وكيف تؤدي إلى تأخير تقديم الخدمات العامة ودور التقنيات الحديثة في تبسيط الأنظمة والإجراءات في إدارة الأحوال المدنية بمدينة جدة. وقد سلطت الدراسة الضوء على أهمية التقنيات الحديثة وأثرها من جانب وعلى العقبات التي تصاحب تطبيقها في القطاع الحكومي من جانب آخر. وقد استخدم الباحث الاستبانة لجمــع البيانات من عينة عشــوائية من أفــراد المجتمع، وتوصل الباحث إلى أن اســتخدام التقنيات الحديثة وتقديم التدريب الكافي ســوف يســاعد في تبســيط الأنظمة والإجراءات والتــي تــؤدي إلى تسريع تقديم الخدمة للمواطنين الســعوديين ويســهم في تحســين أداء الموظفــين. وقد أوصى الباحث بسرعــة تطبيق التقنيات الحديثة في القطاع الحكومي وذكر بأن توفــير متطلبات البنية التحتية يعد خطوة تدعــم القياديين الإداريين الذين يحتفظون بتأثير قوي على الموظفين وفرق العمل.

وأجرت المســعودي (٢٠١٠) دراســة للتعرف على معوقات تطبيــق الإدارة الإلكترونية في إدارة المــوارد البشريــة بالقطــاع الصحي الخــاص بمدينة مكة المكرمة مــن وجهة نظر مديــري وموظفي الموارد البشرية. وتتمثل في المعوقات (الإدارية، التقنية، البشرية، المالية) والتعــرف على أبرز الآليات المقترحــة للتغلب على تلك المعوقات مــن وجهة نظر مديري وموظفي الموارد البشرية. واســتخدمت الباحثة المنهج الوصفي المسحي، كما تم الاستعانة

بالاستبانة كأداة لجمع المعلومات، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٠ فرد في مديري وموظفي الموارد البشرية تم اختيارهم بالطريقة الطبقية العشـوائية. وتم استخدام النسب المئوية، المتوسطات الحسـابية، الانحرافات المعيارية، معامل ارتباط بيرسون (chi – square)، وتم التوصـل إلى وجود معوقات إداريـة تتمثل في: الإجراءات الروتينيـة تؤخر عملية التحول نحـو الإدارة الإلكترونية، نقص الـدورات التدريبية لموظفي الموارد البشرية في مجال الإدارة الإلكترونية، ضعف التحفيز بنوعيه (المادي/المعنوي) لاستخدام التقنيات الإلكترونية. أظهرت النتائـج وجـود معوقات تقنية تتمثل في نقص الأدلة الإرشـادية الموضحـة لآليات تطبيق الإدارة الإلكترونية، الافتقار إلى قواعد بيانات دقيقة ومتكاملة، ضعف مستوى البنية التحتية اللازمـة لتطبيق الإدارة الإلكترونية. كما بينت النتائج وجود معوقات بشرية تتمثل في قلة الثقة لدى موظفي الموارد البشرية في كافة التعاملات الإلكترونية ، النقص في عدد الموظفين المتخصصين في تشـغيل وصيانة أجهزة الحاسب الآلي، ضعف مهارات اللغة الإنجليزية لدى بعض موظفي الموارد البشرية .كما بينت الدراسـة وجود معوقات مالية تتمثل في: ضعف المخصصـات المالية بإدارات المنظمة لتنظيم (المحاضرات، النـدوات، ورش العمل)، ضعف الدعم المالي المخصص للبحوث والدراسات في مجال تقنيات المعلومات، قلة المخصصات المالية لبرامـج التدريب لموظفي الموارد البشرية في مجـال الإدارة الإلكترونية. كما أظهرت النتائج أن متوسـطات عبارة معوقات تطبيق الإدارة الإلكترونيـة كانت بدرجة كبيرة، وكان ترتيبها كالتـالي: أن المعوقات الإدارية جاءت في الترتيـب الأول، وجاءت المعوقات المالية بالترتيب الثـاني، ثم جاءت المعوقات البشرية في الترتيب الثالث، وأخـيراً جاءت المعوقات التقنية في الترتيب الأخير، مما يسـتدعي أن نحسـن من المعوقات الإدارية أولا ثم المعوقات المالية ثم البشرية وأخيراً المعوقات التقنية. وأظهرت النتائج أن متوسطات عبارات الآليات التي يمكن مـن خلالها التغلب على المعوقات كانت بدرجة كبيرة جداً، وخاصة مع الآليات المتمثلة في: تدريـب موظفي الموارد البشريـة للتعامل مع تطبيقـات الإدارة الإلكترونية بكفاءة عالية، استخدام شبكات الاتصالات الإلكترونية المتقدمة (شبكة الإنترنت /الإنترانت /الإكسترانت)، تعميق الوعي بمفهوم الإدارة الإلكترونية وأهميتها. وتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اسـتجابات أفراد عينة الدراسـة حول جميع معوقات تطبيـق الإدارة الإلكترونية وفقاً لمتغـيرات الدراسـة، بينما لا توجد فـروق ذات دلالة إحصائية لصالح متغير عدد سـنوات

الخبرة. وتبين كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة حول الآليات التي يمكن من خلالها التغلب على تلك المعوقات وفقاً لمتغيرات الدراسة، بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً لصالح متغير عدد سنوات الخبرة. كما تبين وجود علاقة ارتباطية موجبة بين معوقات تطبيق الإدارة الإلكترونية. وقد أوصت الدراسة بتبسيط الإجراءات الروتينية التي تؤخر عملية التحول نحو الإدارة الإلكترونية، وزيادة الدورات التدريبية لموظفي الموارد البشرية في مجال الإدارة الإلكترونية، ورفع مهارات اللغة الإنجليزية لدى بعض موظفي الموارد البشرية، لرفع الثقة لدى موظفي الموارد البشرية في كافة التعاملات الإلكترونية، وزيادة الدعم المالي المخصص لإقامة المحاضرات والبحوث وبرامج التدريب في مجال الإدارة الإلكترونية لتعميق الوعي بمفهوم الإدارة الإلكترونية .

ويرى بكري (١٤٣٤هـ) بأن معالجة تداخل الاختصاصات بين الأجهزة الرقابية في المملكة يكون من خلال توحيد تلك الأجهزة تحت جهاز مركزي واحد قوي مرتبط بأعلى سلطة في المملكة، يضاف إلى ذلك تفعيل دور الأجهزة الرقابية الحالية ومعالجة ما تعانيه من خلل. حيث تبين من خلال تقرير ديوان المراقبة العامة وتقرير الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد وجود نسبة كبيرة من الجهات الحكومية التي لا تلتزم بتعليمات الأجهزة الرقابية ولا تتعاون معها، بل إن بعض الأجهزة تلجأ إلى المراوغة لإخفاء المعلومات مما يعرقل مهمة الأجهزة الرقابية ويمنعها من ممارسة صلاحيتها مما ينعكس سلباً على مساعي الإصلاح الإداري وجهود مكافحة الفساد ومحاسبة المسؤولين عنه. وبمراجعة الأنظمة الخاصة بالأجهزة الرقابية نجد أن هناك فراغاً تشريعياً فيما يتعلق بمعالجة المخالفات التي ترتكبها الأجهزة المشمولة بالرقابة لأحكام هذه الأنظمة بما فيها نظام ديوان المراقبة العامة ونظام الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد، ويلاحظ عدم وجود نصوص واضحة على الجزاءات والعقوبات في حال وجود مخالفات، وبالتالي تجد الأجهزة الحكومية مجالاً واسعاً للتهرب من المسؤولية في غياب نصوص جزائية واضحة ورادعة لها.

ولفتت دراسة الشقاوي (٢٠١٢) بعنوان «الترهل والازدواجية يعوقان أداء الأجهزة الحكومية» إلى معاناة الأجهزة الحكومية من الازدواجية والتداخل والتنازع في الاختصاصات مما يؤدي إلى إضاعة الوقت وإهدار وتشتيت الجهود والطاقات البشرية والمالية ومصروفات

التشـغيل. وبين الشـقاوي بأن العديد من الإدارات الحكومية مصابة بالترهل، ما يبرر عدم الحاجة الفعلية لها، ففي كثير من الأحيان يتم إنشاء أجهزة إدارية جديدة أو فصل وحدات عن وزارات قائمة وتحويلها لهيئات أو مؤسسـات دون اعتبار سليم وتمحيص دقيق للحاجة الفعليـة، وهـي تخضع لاجتهادات فردية أكـثر منها فنية، يضاف إلى ذلـك تقادم الأنظمة واللوائح وضعف الصياغة في بعض الأنظمة المعمول بها وكثرة التعديلات وعدم صدور لوائح تنفيذية وتفسـيرية لكثير من الأنظمة، ولا تزال إدارة الأداء والإنتاج والخدمات وأسـاليب الرقابة المالية والإدارية والمساءلة والشفافية في غالبية أجهزة القطاع الحكومي دون المأمول منها. كما بينت الدراسـة غيـاب معايير قياس جهود الإصلاح الإداري، وأرجعت الدراسـة الأسباب التي عرقلت أعمال اللجنة العليا للإصلاح الإداري، الملغاة سابقاً لتحل مكانها اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري، إلى حصر أعمالها في جوانب جزئية تخص الأجهزة الحكومية دون وجود إستراتيجية شـاملة وواضحة للإصلاح الإداري المطلوب، رغم الصلاحيات التي منحت اللجنة إدخال تحسينات على بعض آليات البناء المؤسسي، وإعادة تنظيم ومعالجة التداخل بـين الأجهزة الحكومية. وأوضحت الدراسـة بأن الأنظمة واللوائح التـي تعمل بها أجهزة الدولة المختلفة في المملكة سـواء ما يتعلق بأنظمة الخدمة المدنية أو أنظمة المالية العامة أو أنظمة الاستثمار أو أنظمة التجارة، تحتاج إلى إعادة مراجعة وتقييم وتشخيص المعوقات التي تؤدي إلى تعويق التنفيذ الجيد للأنظمة واللوائح.

وفي الدراسـة التي قدمها الرشـيدي (١٤٣٥) للحلقة العلمية بعنوان «التجارب الحديثة في تخطيـط الطرق» والتي عقدت في جامعة نايف العربيـة للعلوم الأمنية بهدف التعرف على أجهزة التنفيذ الرسـمية في مجال السلامة المرورية من حيث مهامها وآلياتها والتنسيق والتعـاون بينها. بين الرشـيدي أنه في المملكة العربية السـعودية تقـوم عدة جهات على تحقيق السـلامة المرورية يفترض التنسـيق فيما بينها، وتكامل جهودها، وتتحدد مهام كل منهـا بحيث تـزول ازدواجية العمل بينها. ومن ثم تسـهم كل جهة مـع الجهات الأخرى في ترسـيخ مبدأ السـلامة المرورية في مواجهـة مختلف العوامل التي تسـهم في الحوادث المروريـة وأهمها العوامل البشريـة والعوامل المرتبطة بالمركبـات والعوامل المرتبطة ببيئة الطريـق، وطبقا لبيئة العمل فإن الجهات المنوط بها تحقيق السـلامة المرورية في المملكة هـي وزارة الداخلية (الإدارة العامة للمـرور، والقوات الخاصة لأمن الطرق)، ووزارة النقل،

ووزارة الشئون البلدية والقروية، بالإضافة إلى الجهات الأخرى مثل وزارات المالية والتجارة، والصناعة، والصحة، والثقافة والإعلام، والتربية والتعليم، والجامعات وجمعية الهلال الأحمر السعودي ومعهد أبحاث الحج، ومدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية. وأشار الرشيدي إلى أنه يوجد عدة جهات تشترك في مسؤوليات التخطيط والتنفيذ والصيانة والتشغيل والإدارة بالنسبة لعنصر الطريق والبيئة المحيطة به، وعدم قيام الجهات المعنية أحياناً بمهامها على الشكل المطلوب ما ينتج عنه ارتكاب السائقين للمخالفات المرورية، كما أن هناك تداخلاً في إنفاذ المهام. ونظراً لتعدد الجهات المعنية بمسألة تحقيق السلامة المرورية والارتفاع بمستواها إلى الحد الذي يحول دون وقوع الحوادث المرورية. فإن من الأهمية بمكان اعتماد التنسيق التعاقبي أو التداخلي والتنسيق التكاملي والشمولي. فالتنسيق التعاقبي يحدث حين تكون مخرجات جهة ما هي مدخلات جهة أخرى، أو أن الخدمة المقدمة لا تكتمل إلا إذا تعاقبت على أدائها عدة جهات سواء كانت كلها حكومية أو كلها خاصة أو تطوعية، أو أنها تتم بين هذه المنظمات جميعاً، والتنسيق التكاملي الشمولي فهو الذي يتم بين جهتين أو أكثر للاتفاق على الأهداف والسياسات والعمليات والبرامج والخطط وربما يتعداه للتنفيذ والمتابعة.

وذكر الرشيدي أن من آليات التنسيق (١) تشكيل المجالس المنتخبة والمعينة التي تضع الأهداف المشتركة وترسم السياسات وتضع الخطط والبرامج، (٢) تكوين اللجان وفرق العمل الدائمة والمؤقتة للقيام بمهام استشارية وتنفيذية، (٣) إنشاء وحدات إدارية وفنية متخصصة في الأنشطة التنسيقية المركزية والمحلية، (٤) عقد المؤتمرات والندوات والاجتماعات الدورية بمشاركة ممثلين عن جهات الاختصاص، (٥) إعداد التقارير الدورية حول الإنجازات المتحققة في كل قطاع وكل منظمة وإبلاغها لذوي العلاقة، (٦) إقامة الحملات المشتركة سواء لأغراض التوعية أو للوقاية أو لمواجهة الأخطار والظواهر السلبية و(٧) تشريع القوانين ووضع النظم واللوائح التي تدعو للتنسيق وتحدد أطرافه وأساليبه وأشكاله. وعلى الرغم من وجود بعض المبادرات من قبل الإدارة العامة للمرور في هذا السياق والمتمثلة في إنشاء مجالس السلامة المرورية في بعض المناطق، أو اللجان المؤقتة التي تشكل لمعالجة موضوع معين إلا أن الممارسة العملية لتلك المجالس أو اللجان لا ترقى إلى مستوى الطموحات لأسباب مختلفة، والحل لذلك هو سرعة تفعيل المادة الثمانين من نظام المرور التي تنص

على أن ينشأ في وزارة الداخلية مجلس أعلى للمرور يصدر بتكوينه أمر ملكي محدداً مهماته واختصاصاته، ويكون هذا المجلس هو السلطة العليا المشرفة على شؤون المرور من خلال رسم السياسة العامة للمرور، وهذا يترتب عليه إنشاء مجالس للمرور على مستوى المناطق وربما المحافظات تكون مهامها محددة بوضوح.

وفي رسالته لنيل درجة الماجستير، أجرى السعيد (٢٠١٧) دراسة هدفت إلى التعرف على واقع التنسيق بين المجالس المحلية والمجالس البلدية وسبل تعزيزه ومدى إسهام ذلك في تطوير أدائهم، وتكون مجتمع الدراسة من جميع أعضاء المجالس المحلية من الأهالي وممثلي الأجهزة الحكومية وأعضاء المجالس البلدية المنتخبين والمعينين بمنطقة الجوف والبالغ عددهم ١٦٥ عضواً من خلال ٣ مجالس محلية و١٠ مجالس بلدية. واستخدم الباحث المنهج الوصفي باستخدام الاستبانة كأداة لجمع البيانات. وبينت النتائج أن أفراد الدراسة يوافقون على واقع عمل المجالس المحلية في منطقة الجوف - بدرجة مرتفعة، وأن أفراد الدراسة يوافقون على واقع عمل المجالس البلدية في منطقة الجوف - بدرجة مرتفعة، وأن أفراد الدراسة يوافقون على واقع فاعلية التنسيق بين المجالس المحلية والمجالس البلدية بمنطقة الجوف بدرجة متوسطة، وأن أفراد الدراسة يوافقون على سبل تعزيز التنسيق بين المجالس المحلية والمجالس البلدية بمنطقة الجوف - بدرجة موافقة مرتفعة جداً. وأوصت الدراسة (١) بضرورة إيجاد علاقة تكاملية بين المجالس المحلية والمجالس البلدية وتعزيز الاهتمام بزيادة التنسيق بينهم من خلال تطوير اللوائح الصادرة بهم. خاصة أنه لا يوجد هناك أي صلة تنظيمية بين المجالس المحلية والمجالس البلدية حسب ما نصت عليه القواعد التنظيمية للمجالس المحلية، واللائحة التنظيمية للمجالس البلدية. حيث إن إيجاد هذه العلاقة تؤدي الى توحيد الجهود وتخفيض التكاليف ورفع كفاءة الأداء ومنع التداخل والازدواجية في عمل هذه المجالس، (٢) التركيز على رفع مستوى تعاون الأجهزة الحكومية الخدمية مع المجالس المحلية والمجالس البلدية لرفع مستوى الإدراك بأهمية دورها في تحقيق التنمية، وذلك من خلال دعم المجالس بالتقارير والدراسات اللازمة، (٣) زيادة الوعي لدى متخذي القرار والقيادة العليا بأهمية التنسيق بين المجالس المحلية والمجالس البلدية وذلك من خلال استعراض تجارب الدول المتقدمة، (٤) زيادة الصلاحيات الممنوحة للمجالس المحلية مما يمكنها من تأدية مهامها التي نص عليها النظام بكفاءة وفاعلية.

وأشـــار الحبشان (١٤٣٧هـ) في ورقة عمل بعنوان "تحديث الأنظمة الصحية ودورها في تعزيز النزاهة ومكافحة الفساد" في ندوة "دور القطاع الصحي في تعزيز النزاهة ومكافحة الفســاد" بأن تحديث الأنظمة واللوائــح والإجراءات للجهاز الرقابي والمــالي الإداري لوزارة الصحة سوف يسهم في معالجة تداخل الاختصاصات بين الوحدات الإدارية. كما أن التوزيع المناســب للمســؤوليات والصلاحيات ســوف يــؤدي إلى تعزيز قوة نظام الضبــط والرقابة الداخلية الذي يشتمل على مختلف الدوائر في وزارة الصحة، وذلك من خلال تقسيم المهام الإدارية بحيث لا ينفرد شخص واحد بعمل ما من بدايته حتى نهايته، وبهذا نتفادى وقوع الأخطاء أو اكتشافها مبكراً، ومتابعة خطوط توزيع المسؤوليات والسلطات المفوضة للدوائر المعنية بهدف منع التداخل أو التضارب أو التكرار بينها.

٣/٣/٢ التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الدراســات السابقة اتضح أهمية موضوع هذه الدراسة، كما ساعدت الدراســات الســابقة التي اســتعرضها الباحثان في تحديد أهم الســبل لمعالجة التداخل في الاختصاص بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. كما اســتفادت هذه الدراسة من الدراســات السابقة في اختيار المنهج البحثي الملائم وبناء أداة الدراسة وجمع البيانات، أيضاً اســتفاد الباحثان من نتائج الدراســات السابقة في تحليل ومناقشة النتائج والتوصيات التي توصلت إليها هذه الدراسة.

ومن خلال اســتعراض الدراسات الســابقة يتضح أن هذه الدراسة تتميز عن الدراسات السابقة بالعديد من الجوانب الموضوعية والمنهجية، ومن أهم هذه الجوانب:

- أن العديد من الدراســات الســابقة المتعلقــة بمعالجة التداخــل في اختصاصات الأجهزة الحكومية كانت دراســات وصفية، بينما تتميز هذه الدراســة بكونها تدمج بين الوصف والتحليل، مع تركيزها على التجارب الدولية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- تتميــز هذه الدراســة بأنها تناولــت الجوانب التنظيميــة والتقنية في معالجــة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية حيث ركزت على الهيكل التنظيمي، الدليل التنظيمي، التداخل في الصلاحيات والوظائف التنظيمية واستخدام التقنية.

- الدراســات السابقة ركزت على الأســاليب التقليدية والمتمثلة في استخدام الطرق الكمية لتحديد أفضل الطرق الممكنــة للتعامل مع التداخل في الاختصاصات والمهام بين الأجهزة الحكومية، إلا أن هذه الدراســة ركزت على الفهم العميق لأفضل السبل لمعالجة التداخل في الاختصاصات باستخدام الطرق الكمية مدعومة بالطرق النوعية.
- على حد علم الباحثين فإن هذه الدراســة تنفرد بكونها الدراســة الوحيدة التي تركز على الجوانــب التنظيميــة والتقنية في معالجــة التداخل في اختصاصات الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.
- ركزت الدراسات السابقة على استقصاء آراء المستفيدين من الخدمات في الأجهزة الحكومية، بينما هذه الدراســة ركزت على استقصاء آراء صناع ومتخذي القرار من كبار المسئولين في الأجهزة الصحية الحكومية لكونهم الأقدر على الإجابة عن أسئلة هذه الدراسة.

الفصل الثالث

منهجية وإجراءات الدراسة

تمهيد:

يتنــاول هذا الفصــل منهجية الدراســة وإجراءاتها وذلك من خلال بيان نوع الدراســة وتحديــد المنهــج العلمي المســتخدم، ومجتمع وعينة الدراســة، وأدوات جمــع البيانات، وإجراءات التأكد من صدق وثبات أداة جمع البيانات، وأساليب معالجة البيانات وتحليلها إحصائياً، وإجراءات الأسلوب المختلط من المنهج الوصفي التحليلي والنوعي المتبعة في هذه الدراسة.

١/٣ نوع الدراسة والمنهج العلمي المستخدم:

تستهدف الدراسات الوصفية تقرير خصائص ظاهرة معنية، أو موقف يغلب عليه صفة التحديــد، وتعتمد على جمع الحقائق وتحليلها وتفســيرها لاســتخلاص دلالتها وتصل عن طريق ذلك إلى إصدار تعميمات بشأن الموقف أو الظاهرة المدروسة. وتعتبر هذه الدراسة من البحوث الأساســية نظراً إلى أنه لم يتم التطرق في الدراسات السابقة في المملكة العربية الســعودية لموضوع ســبل التعامل في التداخل في اختصاصات الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. ولمعرفة أفضل وأشــمل، فقد تم اســتخدام منهجية الدراســة مختلط الطرق (mixed methods design) بحيث تم الخلط بين مناهج الدراسة الكمية (استبانة) والنوعية (المقابلة الشخصية) في آن واحد.

وتم اســتخدام المنهج الوصفي التحليلي من خلال الرجوع إلى المصادر المكتبية من كتب ودوريات علمية ورسائل جامعية ودراسات وتحليل للوثائق الرسمية والسجلات والمقابلات الشخصية والزيارات الميدانية، وبحسب الجبوري (١٤٣٣) فإن هذا المنهج يساعد في الحصول على البيانات والمعلومات حول موضوع الدراســة من مصادر متنوعة بشكل واضح ودقيق. يضاف إلى ذلك اســتخدام أســلوب المســح الميداني لجمع البيانات اللازمة لإتمام الدراســة، بحيث صمم الباحثان اســتبانة ورقية وإلكترونية خاصة لمعرفة اتجاه المســئولين في الأجهزة

الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية حول ســبل التعامل مــع التداخل في الاختصاصات، وذلك بعد اطلاعهما على عدد من الدراســات الســابقة المتعلقة بموضوع الدراسة باللغتين العربية والإنجليزية على حد سواء.

٢/٣ مجتمع وعينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراســة من جميع المســئولين في الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية الســعودية وقت إجراء الدراســة. ويقصد بهم أصحاب المعالي والســعادة رؤســاء ونواب الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، والوكلاء، والوكلاء المســاعدون، ومديرو العموم للشــئون الإدارية والمالية، والشــئون القانونيــة، والتخطيط والتطويــر، ومديــرو الفروع في تلك الأجهزة في المناطق الإداريــة والصحية، والمشرفون على المستشفيات الجامعية في الجامعات السعودية، ومن في مستواهم الوظيفي.

وتم اســتخدام أسلوب الحصر الشامل لمجتمع الدراسة بحيث بلغ عددهم ١١٤ مسئولاً في ١٣ جهازاً حكومياً تقدم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية. والجدول التالي رقم (٢) يوضح توزيع المســئولين ذوي العلاقة والجهات الحكومية المنتمين لها، ونظراً لقلة العدد تم استخدام هذا الأسلوب الإحصائي بحيث إن مجتمع الدراسة هو عينة الدراسة.

جدول رقم (٢): توزيع مجتمع الدراسة على الأجهزة الحكومية

م	اسم الجهاز الحكومي	عدد المسئولين المستهدفين
١	وزارة الصحة	٤١
٢	وزارة التعليم*	٢٧
٣	وزارة الحرس الوطني	٨
٤	وزارة الدفاع	٧
٥	وزارة الداخلية	٥
٦	وزارة العمل والتنمية الاجتماعية	٤
٧	المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية	٤
٨	هيئة الهلال الأحمر السعودي	٤

٩	الهيئة الملكية للجبيل وينبع	٤
١٠	مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث	٣
١١	الهيئة العامة للغذاء والدواء	٣
١٢	الهيئة العامة للرياضة	٢
١٣	شركة أرامكو السعودية	٢
	المجموع	١١٤

* يوجد في المملكة ١٣ جامعة حكومية يوجد بها كليات صحية، إلى جانب المشرفين ومديري المستشفيات الجامعية.

وتم استهداف الإدارة العليا وكبار المسئولين في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية باعتبارهم أصحاب القرار ولقدرتهم على الإجابة عن تساؤلات الدراسة. وقد تم إرسال استبانة ورقية إلى جميع مجتمع الدراسة، كما تم عمل استبانة إلكترونية وإرسالها كذلك على بريدهم الإلكتروني، والتأكيد على الاستجابة. ويقدر الباحثان استجابة العديد منهم وتفهم انشغال باقي المسئولين، والجدول رقم (٣) يوضح الاستبانات التي تم إرسالها والتي تم استلامها والمستبعدة لعدم صلاحيتها للتحليل الإحصائي أو لعدم تعبئتها من المسئول المستهدف في الدراسة.

جدول رقم (٣): الاستبانات الموزعة والمستلمة والمستبعدة

	الاستبانات الموزعة	الاستبانات المستلمة	الاستبانات المستبعدة
العدد	١١٤	٦٧	١٨
النسبة	٪١٠٠	٪٥٨,٨	٪١٥,٨

وبذلك أصبح عدد الاستبانات التي أمكن تحليلها (٦٧) استبانة، بنسبة ٥٨,٨٪ من مجتمع الدراسة المستهدف، ويوضح الجدول التالي رقم (٤) توزيع الاستبانات الموزعة والمستردة ونسبتهم بحسب الجهات الحكومية.

جدول رقم (٤): الاستبانات الموزعة والمستردة بحسب الجهة الحكومية

م	اسم الجهاز الحكومي	عدد الاستبانات الموزعة	عدد الاستبانات المستردة	النسبة
١	وزارة الصحة	٤١	٣٤	٥٠,٧٥
٢	وزارة التعليم	٢٧	١٧	٢٥,٤
٣	وزارة الحرس الوطني	٨	٣	٤,٥
٤	وزارة الدفاع	٧	٥	٧,٥
٥	وزارة الداخلية	٥	٣	٤,٥
٦	وزارة العمل والتنمية الاجتماعية	٤	١	١,٥
٧	المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية	٤	١	١,٥
٨	هيئة الهلال الأحمر السعودي	٤	١	١,٥
٩	الهيئة الملكية للجبيل وينبع	٤	٠	٠
١٠	مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث	٣	١	١,٥
١١	الهيئة العامة للغذاء والدواء	٣	٠	٠
١٢	الهيئة العامة للرياضة	٢	١	١,٥
١٣	شركة أرامكو السعودية	٢	٠	٠
	المجموع	١١٤	٦٧	١٠٠٪

يتضح من الجدول السابق الخاص بتوزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً لمتغير اسم الجهاز الحكومي، أن (٣٤) من أفراد مجتمع الدراسة يمثلون ما نسبته (٥٠,٧٤٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة يعملون في وزارة الصحة، في حين وجد أن (١٧) من أفراد مجتمع الدراسة يمثلون ما نسبته (٢٥,٤٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة يعملون في وزارة التعليم، وما نسبته (٧,٥٪) يعملون في وزارة الدفاع، وتساوى نسبة أفراد عينة الدراسة التي يعملون في وزارة الحرس الوطني مع أفراد عينة الدراسة التي يعملون في وزارة الداخلية بنسبة بلغت (٤,٥٪) لكل منهما، وأخيراً تساوى نسبة أفراد عينة الدراسة التي يعملون في (المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية) مع كل من أفراد عينة الدراسة التي يعملون في (الهيئة العامة للرياضة، مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، هيئة الهلال الأحمر السعودي، وزارة العمل والتنمية الاجتماعية) بنسبة بلغت (١,٥٪).

٣/٣ خصائص عينة الدراسة:

يتضح من الجدول التالي رقم (٥) توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً لخصائصهم الشخصية، بأن (٣٠) من أفراد الدراسة بما نسبته (٤٤,٨٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة أعمارهم تتراوح ما بين «٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة»، في حين وجد أن فرداً واحداً فقط من أفراد الدراسة يمثل ما نسبته (١,٥٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة عمره (من ٦٠ سنة فأكثر). كما أن الغالبية العظمى من أفراد مجتمع الدراسة تصل إلى (٦٤) يمثلون ما نسبته (٩٥,٥٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة كانوا ذكوراً، في المقابل وجد أن (٣) من أفراد عينة الدراسة يمثلون ما نسبته (٩٥,٥٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة إناث. كما أن (٥١) من أفراد مجتمع الدراسة يمثلون ما نسبته (٧٦,١٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة حاصلون على مؤهل تعليمي عال (دراسات عليا)، والمتبقون بما نسبته (٢٣,٩٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة مؤهلهم التعليمي (بكالوريوس) ولا يوجد أقل من ذلك كمؤهل علمي.

جدول (٥): توزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً لخصائصهم الشخصية والوظيفية

الوصف	الفئات	التكرارات	النسبة
١- العمر	أقل من ٣٠ سنة	٣	٤,٥
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠ سنة	٢٤	٣٥,٨
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة	٣٠	٤٤,٨
	من ٥٠ سنة إلى أقل من ٦٠ سنة	٩	١٣,٤
	من ٦٠ سنة فأكثر	١	١,٥
٢- الجنس	ذكر	٦٤	٩٥,٥
	أنثى	٣	٤,٥
٣- المؤهل التعليمي	دراسات عليا	٥١	٧٦,١
	بكالوريوس	١٦	٢٣,٩
٤- التخصص	إداري	٣٨	٥٦,٧
	طبي	٢٠	٢٩,٩
	فني	٩	١٣,٤

٥- سنوات الخبرة الوظيفية	أقل من ٥ سنوات	٣	٤,٥
	من ٥ إلى أقل من ١٠ سنوات	١٠	١٤,٩
	من ١٠ إلى أقل من ١٥ سنة	١٣	١٩,٤
	من ١٥ إلى أقل من ٢٠ سنة	١٥	٢٢,٤
	٢٠ سنة فأكثر	١٣	١٩,٤
٦- عدد الموظفين الذين يشرف عليهم	أقل من ١٠ موظفين	١٤	٢٠,٩
	من ١٠-١٥ موظفاً	٦	٩
	من ١٦-٢٠ موظفاً	٣	٤,٥
	أكثر من ٢٠ موظفاً	٤٤	٦٥,٧

كما يتضح من الجدول الســابق الخاص بتوزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً لخصائصهم الوظيفية بأن التخصص الإداري كان لدى (٣٨) من أفراد مجتمع الدراسة بما نسبته (٥٦,٧٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة، في حين وجد أن (٢٠) من أفراد مجتمع الدراسة يمثلون ما نســبته (٢٩,٩٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة تخصصهم طبي، وأخيراً وجد أن (٩) من أفراد مجتمع الدراسة يمثلون ما نسبته (١٣,٤٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة تخصصهم فني. كما أن عدد سنوات الخبرة لدى (١٥) من أفراد مجتمع الدراسة (من ١٥ إلى أقل من ٢٠ سنة) حيث بلغت نسبتهم (٢٢,٤٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة، في حين وجد أن (٣) من أفراد مجتمع الدراســة يمثلون ما نســبته (٤,٥٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة عدد ســنوات خبرتهم (أقل من ٥ ســنوات). وأن (٤٤) من أفراد مجتمع الدراسة بما نسبته (٦٥,٧٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراســة يشرفــون على عدد من الموظفين يبلغ عددهم أكثر من ٢٠ موظفاً، في حين وجد أن (٣) من أفراد مجتمع الدراسة يمثلون ما نسبته (٤,٥٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة يشرفون على عدد من الموظفين يبلغ من ١٦-٢٠ موظفاً.

٤/٣ متغيرات الدراسة:

تشتمل هذه الدراسة على عدد من المتغيرات المستقلة ومتغير تابع، وهي:

أولاً: المتغيرات المستقلة وتشمل التالي:

١- الجوانب التنظيمية: ويقصد بها وضوح أهداف الجهاز الحكومي والمهام والصلاحيات والهيكل التنظيمي والإجراءات والدليل التنظيمي له.

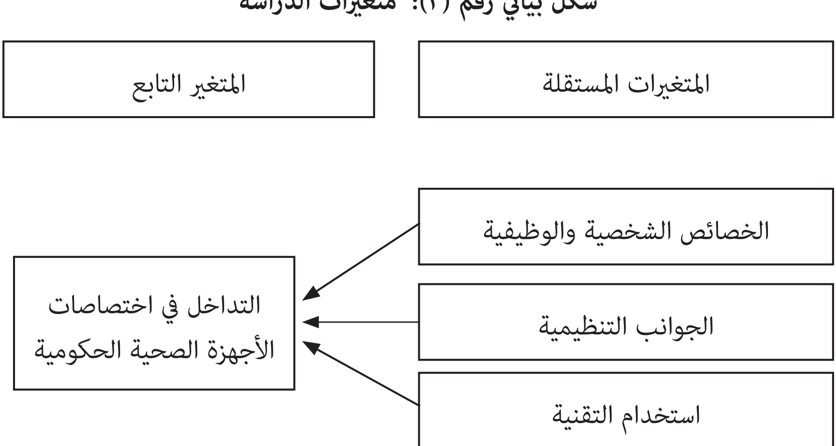
٢- استخدام التقنية: ويقصد به مدى توفر أجهزة تكنولوجية متطورة وتطبيق للحكومة الإلكترونية الفعالة.

٣- الخصائص الشخصية والوظيفية: وتشمل (العمر، الجنس، المؤهل العلمي، التخصص، سنوات الخبرة، نطاق الإشراف).

ثانياً: المتغير التابع:

التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية الصحية في المملكة العربية السعودية. ويوضح الشكل البياني التالي رقم (٣) متغيرات الدراسة.

شكل بياني رقم (٣): متغيرات الدراسة



٥/٣ أساليب جمع البيانات:

تم جمع المعلومات من الوثائق والدراسات ذات العلاقة بأجهزة القطاع الصحي، ومن آراء المسئولين في هذه الأجهزة ومن التجارب الدولية ومن خلال المكتبات والبحث المكتبي من خلال الشبكة المعلوماتية (الإنترنت). وقد تم وضع وتصنيف وتبويب المعلومات بعد

جمعها من الوثائق الرســمية والبحوث والدراسات والاســتبانات، وكذلك نتائج ومعلومات المقابلات الشــخصية. وتم تصنيــف المعلومات وفقاً لمصدر المعلومــات، وذلك على النحو التالي:

- الاستبانات الخاصة بكل جهاز.
- نتائج المقابلات الشخصية للمسئولين بكل جهاز.
- الوثائق الرسمية والبحوث والدراسات.

واعتمد فريق الدراسة على نوعين من البيانات:

أولاً: البيانات الأولية:

تم إعداد استبانة أولية باللغة العربية من أجل استخدامها في جمع البيانات والمعلومات، بحيث تم عرضها على مجموعة من المحكمين لاختبار مدى ملاءمتها لجمع البيانات وتقديم النصح والإرشــاد وتعديل وحذف ما يلزم، ومن ثم إجراء التعديل عليها بشكل أولي حسبما يراه الخبراء. كما تم إجراء دراسة اختبارية ميدانية أولية للاستبانة (Pilot study)؛ لاختبار ثباتهــا وصدقها وتعديلها عند الحاجة، ومن ذلك التأكد من صدق الاتســاق الداخلي للأداة (الصدق البنائي) والذي يعني ارتباط كل عبارة بالمحور الذي تنتمي إليه.

ثانياً: البيانات الثانوية:

تــم مراجعة العديد من الكتب والدوريات والوثائق الرســمية والمنشــورات الخاصة أو المتعلقة بالموضوع قيد الدراســة والتي أســهمت في إثراء الدراسة بشكل علمي، وكذلك تم أخذ تصور عام عن آخر المستجدات التي حدثت وتحدث في مجال التعامل مع التداخل في اختصاصــات الأجهزة الحكومية المقدمــة للخدمات الصحية. كما تم إجراء زيارات ميدانية وعقــد مقابلات شــبه مقننــة (semi-structured interview) مع المســئولين في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بعد التحقق من رغبتهم في المشاركة لمعرفة اتجاهاتهم حيال مشكلة الدراسة.

٦/٣ أداة الدراسة (الاستبانة):

بناءً على طبيعة البيانات المراد جمعها، وعلى المنهج المتبع في الدراسة، استخدم الباحثان الاستبانة لكونها تُستخدم لجمع حقائق ومعلومات عن موضوع معين (القحطاني وآخرون، ٢٠٠٠م، ص ٢٦٤)، وتعتبر الاستبانة «إحدى الطرق الشائعة للحصول على الحقائق، وجمع البيانات من الظروف والأساليب القائمة بالفعل، وتعتمد على إعداد مجموعة من الأسئلة توزع على عدد كبير نسبياً من أفراد مجتمع الدراسة» (ديو بولد فان دالين، ٢٠٠٧م، ص ٣٩٥). وتمشياً مع ظروف هذه الدراسة وعلى المنهج المتبع فيها، وأهداف الدراسة وتساؤلاتها، والوقت المسموح لها والإمكانيات المادية المتاحة، تم التوصل إلى أن الأداة الأكثر ملاءمة لتحقيق أهداف هذه الدراسة هي «الاستبانة».

بناء أداة الدراسة:

استخدم الباحثان الاستبانة كأداة لجمع البيانات اللازمة للدراسة، وذلك لكون الاستبانة وسيلة فعالة في التعرف على الآراء عندما تتوفر معرفة دقيقة بالمطلوب، وبكيفية قياس المتغيرات المرغوب دراستها، كما أكدت على ذلك (أبو علام، ٢٠٠٤) حيث ذكرت أنها «إحدى الوسائل للحصول على البيانات والمعلومات مرتبطة بدافع معين، وهي أكثر صدقاً وثباتاً، كما أنها مقننة من فرد لآخر، ويمكن ضمان سرية الاستجابات».

تم تصميم استبانة (الملحق) مكونة من أربعة أجزاء رئيسية هي:

١- الجزء الأول خصص للمتغيرات المتعلقة بالخصائص الشخصية لأفراد مجتمع الدراسة ممثلة في (العمر، الجنس، المؤهل التعليمي).

٢- وخصص الجزء الثاني للمتغيرات المتعلقة بالخصائص الوظيفية والتي تتمثل في (اسم الجهاز الحكومي- الوحدة الإدارية- التخصص- سنوات الخبرة- ونطاق الإشراف).

٣- أما الجزء الثالث فقد خصص لمحور العوامل التنظيمية مشتملة على الأبعاد التالية:

أ- الهيكل التنظيمي (٢١ عبارة)،

ب- الدليل التنظيمي (١١ عبارة)،

ت- دليل الصلاحيات (٨ عبارات)،

ث- ممارسة الوظائف التنظيمية (١٣ عبارة)،

ج- بالإضافة إلى محور العوامل التقنية (٧ عبارات).

٤- خصص الجزء الرابع من الاستبانة، للسبل المقترحة لمعالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية من وجهة نظر المبحوثين ويشتمل على ٢٠ عبارة، وتم وضع عبارة مفتوحة للمبحوثين لاقتراح أفضل سبل لمعالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية التي لم يتطرق لها الباحثان في هذه الدراسة.

وفي ختام الاستبانة تم سؤال المبحوثين عن مدى استعدادهم للمشاركة في مقابلة شخصية حول الموضوع. وقد راعى الباحثان في صياغة الاستبانة البساطة والسهولة قدر الإمكان، حتى تكون مفهومة للمبحوثين، وأن تكون درجات الاستجابة عليها وفق مقياس ليكرت الخماسي، حيث يقابل كل فقرة من فقرات محاور الدراسة قائمة تحمل الفقرات التالية (موافق بشدة، موافق، موافق إلى حد ما، غير موافق، لا أوافق بشدة)، ولغرض المعالجة فقد أعطى الباحثان لكل استجابة على كل عبارة في كافة محاور الاستبانة قيمة محددة على النحو التالي: (موافق بشدة) ٥ درجات، (موافق) ٤ درجات، (موافق إلى حد ما) ٣ درجات، (غير موافق) درجتان، (غير موافق بشدة) درجة واحدة، وقد اعتمد الباحثان على مقياس ليكرت الخماسي لأنه يعطي المبحوث الحرية في تحديد موقفه ودرجة إيجابية أو سلبية هذا الموقف في كل عبارة.

وبعد التأكد من صلاحية الأداة ولتوفير الوقت على المبحوثين وللتحفيز على المشاركة والاستجابة فقد تم إنشاء استبانة إلكترونية من خلال موقع جوجل درايف (Google Drive) الذي ساعد على إظهار نتائج الدراسة إلكترونياً وللحصول على نسبة استجابة مرتفعة لأغراض الدراسة، وتم إرسال رابط الاستبانة الإلكترونية عن طريق البريد الإلكتروني لمجتمع الدراسة وعن طريق برنامج الواتساب، كما تم تذكيرهم بتعبئة الاستبانة عدة مرات.

٧/٣ ثبات وصدق أداة الدراسة:

من الأهمية إجراء اختبار لكل من صدق وثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة قبل إجراء التحليل الإحصائي للبيانات.

١/٧/٣ ثبات الأداة المستخدمة:

الثبات (Reliability) يعني الاستقرار بمعنى لو كررت عمليات القياس للفرد الواحد سواء من باحث واحد أو عدة باحثين في أوقات وظروف مختلفة لأظهرت النتائج شيئاً من الاستقرار ونتائج متطابقة أو متشابهة. ويعني ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) التأكد من أن الإجابة ستكون واحدة تقريباً إذا تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم (العساف، ١٩٩٥م). ولقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) فقد استخدم الباحثان (معادلة ألفا كرونباخ Cronbach›a Alpha) من خلال برنامج SPSS وتتراوح قيمة ألفا كرونباخ ما بين (٠,٠١، ١) وتعتبر قيمة معامل ألفا كرونباخ مقبولة إذا ما كانت أكبر من ٧٠٪. ويلخص الجدول رقم (٦) معامل الثبات لأداة جمع البيانات كما يبين عدد فقرات الاستبانة (٦٠ فقرة) موزعة على محاورها.

جدول رقم (٦): قيم معامل ألفا كرونباخ لأداة الدراسة

محاور الدراسة	محاور الاستبانة	عدد الفقرات	الثبات
أبعاد المحور الأول	بُعد الهيكل التنظيمي	٢١	٠,٩٤٩
	بُعد الدليل التنظيمي	١١	٠,٨٨٦
	بُعد دليل الصلاحيات	٨	٠,٧٥٨
	بُعد الوظائف التنظيمية	١٣	٠,٩٦٣
	محور العوامل التنظيمية	٥٣	٠,٨٨٣
المحور الثاني	عوامل التقنية	٧	٠,٨٩٢
الثبات العام لأداة الدراسة (محاور الدراسة)		٦٠	٠,٨٨٢

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمحاور الدراسة مرتفعة حيث بلغ معامل الثبات للمحور الأول (٠,٨٨٣)، بينما بلغ معامل الثبات للمحور الثاني (٠,٨٩٢)، أما الثبات العام لأداة الدراسة فقد بلغ (٠,٨٨٢)، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة مما يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجه عالية من الثبات، وبالتالي يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

٢/٧/٣ صدق الأداة المستخدمة:

الصــدق (Validity) وهو أن تؤدي الأداة إلى الكشــف عن الظاهـرة أو الســمات التي تجرى الدراســة من أجلها. ويعني صدق الاســتبانة إلى أي درجــة يقيس المقياس ما صمم لقياســه فعلاً (القحطــاني وآخرون، ٢٠٠٠م)، كما يقصد بالصدق "شــمول الاســتبانة لكل العنــاصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحيــة، ووضوح فقراتها وأفرادها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يســتخدمها"(عبيدات وآخرون، ٢٠٠١م). وتم التأكد من صدق الأداة المستخدمة بطريقتين:

أولاً: الصدق الظاهري (صدق المحتوى): وللتأكد من الصدق الظاهري للأداة المستخدمة تم عرض الاســتبانة في صورتها المبدئية على مجموعــة من المحكمين الأكاديميين ذوي العلم والخبرة من داخل وخارج معهد الإدارة العامة للتأكد من صدقها الظاهري؛ وذلك لاستطلاع آرائهم حول مدى وضوح ودقة صياغة كل عبارة من عبارات الاستبانة لغوياً؛ ولمعرفة رأيهم وحكمهم على درجة شــمولية الأداة ومدى انتماء العبارات إلى كل بُعد من أبعاد الدراســة واقتراح ما يرونه مناســباً من أفكار وتعديلات بإضافة أو حــذف بعض العبارات أو تحديد مواضــع الالتباس والضعــف فيها، وعلى ضوء توجيهاتهم ومقترحاتهــم قام الباحثان بإجراء التعديــلات التي اتفقوا عليهــا، وتعديل صياغة بعض الفقرات التــي اقترحوا ضرورة إعادة صياغتهــا حتى تزداد الاســتبانة وضوحــاً وملاءمة لقياس ما وضعت لأجلــه، وفي ضوء آراء المحكمين قام الباحثان بإعداد أداة الدراسة (الاستبانة) في صورتها النهائية ومن ثم تطبيقها ميدانياً على المبحوثين.

ثانيــاً: صــدق الاتســاق الداخلي لــلأداة (الصدق البنــائي): ويعني ارتبــاط كل عبارة بالمحور الذي تنتمي إليه، وتم اختبار الصدق البنائي عن طريق إجراء اختبار استكشــافي أو استباقي (دراسة استطلاعية) على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة الأصلي. وبعد تجميع الاســتبانات قام الباحثان بترميز وإدخال البيانات، من خلال جهاز الحاســوب، باســتخدام برنامج الحــزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Sciences ومن ثم قام بحســاب معامــل الارتباط بيرســون"Pearson Correlation" لمعرفة الصدق الداخلي للاســتبانة وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات

الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه الفقرة، وجاءت النتائج كالتالي:

- صدق الاتساق الداخلي للمحور الأول: العوامل التنظيمية.

١- صدق الاتساق الداخلي لبعد الهيكل التنظيمي.

جدول رقم (٧) معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الهيكل التنظيمي بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٦٨٣**	٨	٠,٧٤٣**	١٥	٠,٧٤٤**
٢	٠,٥٣١**	٩	٠,٧٨٢**	١٦	٠,٦٤٠**
٣	٠,٥٩٢**	١٠	٠,٧٨٨**	١٧	٠,٧١٣**
٤	٠,٥٥٦**	١١	٠,٥٢٢**	١٨	٠,٨٢٣**
٥	٠,٨٦٠**	١٢	٠,٨٢٦**	١٩	٠,٧٣٤**
٦	٠,٧٧٧**	١٣	٠,٧٤٦**	٢٠	٠,٦٢٥**
٧	٠,٦٥٩**	١٤	٠,٧٩٢**	٢١	٠,٧٥٩**

** دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

٢- صدق الاتساق الداخلي لبعد الدليل التنظيمي.

جدول رقم (٨): معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الدليل التنظيمي بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٨١٠**	٧	٠,٧٥٣**
٢	٠,٨٥٤**	٨	٠,٨٢٧**
٣	٠,٦٨٤**	٩	٠,٧٥٢**
٤	٠,٤٧٨**	١٠	٠,٦٩٣**
٥	٠,٨٠٣**	١١	٠,٥٤٤**
٦	٠,٤٧٤**	-	-

** دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

٣- صدق الاتساق الداخلي لبعد الدليل الصلاحيات.

جدول رقم (٩): معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الدليل الصلاحيات بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٦٣٠	٥	**٠,٥٠١
٢	**٠,٦٩٦	٦	**٠,١٨٣
٣	**٠,٤٤٣	٧	**٠,٦٤٢
٤	**٠,٥٣٢	٨	**٠,٤٥٦

** دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

٤- صدق الاتساق الداخلي لبعد الوظائف التنظيمية.

جدول رقم (١٠): معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات بعد الوظائف التنظيمية بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٧٨١	٨	**٠,٩١٨
٢	**٠,٦٤٣	٩	**٠,٨١٤
٣	**٠,٨٦٠	١٠	**٠,٧٨٥
٤	**٠,٩١٣	١١	**٠,٨٧٦
٥	**٠,٨٣٤	١٢	**٠,٨١٥
٦	**٠,٩٦٠	١٣	**٠,٨٠٩
٧	**٠,٨٦٣	-	-

** دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل

يتضح من الجداول السابقة (٧-٨-٩-١٠) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمحور الأول (العوامل التنظيمية) جميعها قيم موجبة ودالة إحصائياً عند مســتوى دلالة ٠,٠١. مــما يعني وجود درجة عالية من الاتســاق الداخلي وارتباط المحور بعباراته بما يعكس درجة عالية من الصدق لفقرات المقياس.

صدق الاتساق الداخلي للمحور الثاني: العوامل التقنية

جدول رقم (١١): معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المحور الثاني بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	**٠,٥٣٨	٥	**٠,٨٩٤
٢	**٠,٦٠٢	٦	**٠,٨٨٥
٣	**٠,٩٠٣	٧	**٠,٨٤٣
٤	**٠,٧٥٣	-	-

** دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١ فأقل.

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للمحور الثـاني (العوامل التقنية) تراوحت مـا بين (٠,٥٣٨) للعبارة الأولى و (٠,٨٩٤) للعبارة الخامسـة، وجميعها قيم موجبة ودالة إحصائياً عند مسـتوى دلالة ٠,٠١. مما يعني وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي وارتباط المحور بعباراته بما يعكس درجة عالية من الصدق لفقرات المقياس.

٨/٣ أساليب التحليل الإحصائي:

بعد جمع بيانات الدراسـة، قام الباحثان بمراجعتها تمهيداً لإدخالها للحاسـوب للتحليل الإحصائي، وتم إدخالها للحاسـوب بإعطائها أرقاماً، أي بتحويل الإجابات اللفظية إلى رقمية (الترميز)، حيث أعطيت الإجابة على (موافق بشدة) ٥ درجات، (موافق) ٤ درجات، (موافق إلى حـد مـا) ٣ درجات، (غير موافق) درجتان، (لا أوافق بشـدة) درجـة واحدة. ويوضح الجدول التالي رقم (١٢) مقياس الإجابات.

جدول رقم (١٢): مقياس الإجابات

الفترة	**١-١,٨٠**	**١,٨١ - ٢,٦٠**	**٢,٦١ - ٣,٤٠**	**٣,٤١- ٤,٢٠**	**٤,٢١ -٥,٠٠**
التصنيف	لا أوافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة
الدرجة	١	٢	٣	٤	٥

ومن ثم قام الباحثان بحساب الوسط الحسابي لإجابات أفراد الدراسة، حيث تم تحديد طول خلايا المقياس الخماسي (الحدود الدنيا والعليا) المسـتخدم في محاور الدراسة، حيث تم حساب

المـدى (٥-١=٤)، ثم تقسـيمه على عدد خلايا المقياس للحصول على طـول الخلية الصحيح أي (٤/٥=٠,٨)، بعـد ذلك تـم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس (أو بداية المقياس وهي الواحد الصحيح) وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الخلية وهكذا أصبح طول الخلايا كما يلي:

- من ١ إلى ١,٨٠ يمثل (لا أوافق بشدة) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- من ١,٨١ إلى ٢,٦٠ يمثل (غير موافق) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- من ٢,٦١ إلى ٣,٤٠ يمثل (موافق إلى حد ما) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- من ٣,٤١ إلى ٤,٢٠ يمثل (موافق) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.
- من ٤,٢١ إلى ٥,٠٠ يمثل (موافق بشدة) نحو كل عبارة باختلاف المحور المراد قياسه.

بعد ذلك تم حساب المقاييس الإحصائية التالية:

اعتمدت الدراسة الحالية على أسلوب التحليل الكمي والوصفي في بحث المشكلة استنادًا إلى البيانـات الإحصائية التي تم جمعها من عينة الدراسـة. وقـد تم الاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية الاجتماعيـة (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS) في تحليل البيانـات التي تم الحصول عليها نظراً لكثرة المقاييس الإحصائية المطلوبة؛ حيث إن هذا البرنامج يتسم بالمرونة الكافية للحصول على مثل هذه المقاييس. وتم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية كما يلي:

١- التكـرارات والنسـب المئوية: للتعرف عـلى الخصائص الشـخصية والوظيفية لمجتمع الدراسة وتحديد استجابات أفراده تجاه عبارات المحاور الرئيسة التي تتضمنها الدراسة.

٢- المتوسط الحسابي الموزون(المرجح) (weighted mean): لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض اسـتجابات أفراد مجتمع الدراسة عن كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الرئيسية بحسـب محاور الاستبيان، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي موزون.

٣- المتوسط الحسابي (mean): لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة عن المحاور الرئيسـية (متوسط متوسطات العبارات)، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب المحاور حسب أعلى متوسط حسابي موزون.

٤- تم استخدام الانحراف المعياري (Standard Deviation): للتعرف على مدى انحراف أو تشتت استجابات أفراد الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة ولكل محور من المحاور الرئيسـة عن متوسطها الحسـابي، ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في اسـتجابات أفراد الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، إلى جانب المحاور الرئيسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها بين المقياس.

٥- معامل الارتباط بيرسـونPearson Correlation»": لمعرفة درجة الارتباط بين عبارات الاستبانة والمحور الذي تنتمي إليه كل عبارة من عباراتها وبين الدرجة الكلية للاستبانة.

٦- معامل ألفا كرو نباخ (Cronbach‹a Alpha): لاختبار مدى ثبات أداة الدراسة.

٧- اختبـار تحليـل التباين الأحـادي (One Way Anova): لكشـف دلالـة الفروق بين اسـتجابات أفراد العينة مع مستويات كل متغير من متغيرات الدراسة والتي تنقسم إلى أكثر من فئتين.

٨- اختبـار (ت) لعينتـين مسـتقلتين (Independent Sample T-Test): لكشـف دلالة الفروق بين استجابات أفراد العينة مع مستويات كل متغير من متغيرات الدراسة والتي تنقسم إلى فئتين.

٩/٣ المقابلات الشخصية:

يسـتخدم البحث النوعي في الحصول على قدر كبير مـن المعلومات من عدد قليل من المبحوثين، وذلك من أجل الوصول إلى فهم متعمق عن مشـكلة البحث. وتعرف حميدشه (٢٠١٢) المقابلة بأنها «حوار لفظي مباشر هادف وواع يتم بين شـخصين (باحث ومبحوث) أو بـين شـخص(باحث) ومجموعة من الأشـخاص، بغرض الحصول عـلى معلومات دقيقة يتعـذر الحصول عليها بـالأدوات أو التقنيات الأخرى، ويتم تقييده بالكتابة أو التسـجيل الصوتي أو المرئي». وكان الهدف من إجراء المقابلة الشخصية هو التعرف على آراء المبحوثين حول أنجع السـبل لمعالجة التداخل في اختصاصات الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. وتعتبر المقابلة وسـيلة جيدة جداً للوصول إلى تصورات الناس، وفهمهم للأشـياء وتعريفهم للحالات وبنائهم الحقائق، فالناس خبراء في مجال تخصصهم؛ ولذلك فهم قادرون على توصيل معلومات عن حدث أو ظاهرة ما (بريمان وبيل، ٢٠٠٣).

وعـلى الجانـب الآخر يتم توجه النقد للبحوث النوعية بسـبب القيود المتمثلة في عدم تعميـم نتائجها، وصغر حجـم العينة، وعدم وجود فرضيات محددة مسـبقاً، ومجموعات مراقبة، وأسـئلة محددة سلفاً، مما يمكن أن يؤدي إلى خطأ الفرضية (دارلينجتون وسكوت، ٢٠٠٢). وبناءً على أهمية الدراسـة وخصوصيتها فقد تم اسـتخدام أسلوب المقابلة لجمع معلومات أكثر من المبحوثين، والتي لا يمكن أن يتم جمعها عن طريق استخدام الاستبانة.

وبناءً على النتائج الكمية التي توصل إليها الباحثان من خلال الاستبانة تم تحديد محاور الأسئلة التالية للمقابلة الشخصية:

١- ما هي أوجه التداخل في الاختصاصات الأكثر شيوعاً فيما بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المسئولين؟

٢- مـا مدى تأثير العوامل التنظيميـة في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التداخل في الاختصاصات من وجهة نظر المسئولين؟

٣- ما هي أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

٤- ما مدى تأثير استخدام التقنية في معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المسئولين؟

٥- ما هي أفضل السـبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

٦- مـا هي المعوقات التي تحد من معالجة تداخل اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات من وجهة نظر المسئولين.

٧- بشكل عام، ماهي أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟

كما تم القيام بالدراسـة التجريبيـة لغرض معرفة ما إذا كانـت الطرق المقترحة لجمع البيانـات تعمل على تحقيق الأهداف. وقد أجريـت أربع مقابلات تجريبية للحصول على آراء المسـئولين حول سبل معالجة تداخل اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات

الصحيــة. وبعــد الانتهاء من إجراء الدراســة التجريبيــة، تم تحليل البيانــات يدوياً. وتم التأكد من ثبات المقابلات الشــخصية من خلال «التوثيــق التفصيلي لعملية جمع البيانات حيث يصفــون تفاعلهم وتأثيرهم على جمــع البيانات وتفســيرها» (Cresswell, 1994). وبهــذه الطريقة، يمكــن للباحثين الآخرين اتباع نفس العملية والوصــول إلى نتائج مماثلة. كما أن إجراء المقابلات مع المبحوثين الرئيســيين والتفكير الشــخصي الانعكاسي من الباحث يضع الأســاس للتحقق من النتائج من خلال جمع البيانات والملاحظة والتســجيل وتدوين المعلومات حول موضوع البحث ومن ثم تحليل البيانات وتفســيرها بشكل انعكاسي مبني على تأثير القيم والتجارب الشخصية.

١/٩/٣ إجراءات المقابلات الشخصية:

للخروج بفهم متعمق وتفسير لنتائج التحليل الكمي للاستبانة تم إجراء مقابلة شخصية متعمقة شــبه مقننــة (semi-structured interview) مع عينــة ملائمة (convenience sample) مكونة من عشرة (١٠) مســئولين ممن ســبق لهم تعبئة الاســتبانة ووافقوا على المشــاركة في المقابلة الشــخصية؛ وذلك بهدف تغطية بعض الجوانب ذات العلاقة بموضوع الدراســة والتي لم يتم التطرق لها في الاســتبانة (كانت موافقتهم خطياً بتعبئة نموذج معد مســبقاً في آخر الاســتبانة الموزعة). وقد فضل معظم من أجريت معهــم المقابلات إجراء المقابــلات معهم في أماكن عملهم الطبيعية ولكن في وقت مناســب لكل واحد منهم. وقد أشــار Bryman and Bell (٢٠٠٣) إلى أنــه يمكن إجراء المقابــلات داخل المنظمات عندما «لا يكــون من الممكن إخراج الناس من عملهم خلال ســاعات عملهم» لإجراء المقابلة، لذا فإن صعوبة إجراء المقابلات الشــخصية تتمثل في تحديد الوقت المناسب لعقد المقابلة مما اســتدعى القيام بتخطيط لجدول زمني لإجراء المقابلات، واتصل الباحثان بالمبحوثين لشرح الغرض من المقابلة. وقد تم إخبار الأشخاص الذين تم اختيارهم لإجراء المقابلات بمضمون المقابلة ووقت عقدها. وتفاوض الباحثان مع المبحوثين حول مكان إجراء المقابلات. ولهذا الغرض وحفاظاً على سرية المعلومات التي سوف يدلي بها المبحوثون أثناء المقابلة الشخصية، فقــد تم إعطاء رقــم للتعريف بكل مبحــوث، وفي بداية المقابلة قــام الباحثان بالتعريف بنفســيهما ومكان عملهما والغاية من إجراء المقابلة الشخصية. وتم إعلام كل مبحوث عن

الوقت الذي يمكن أن تستغرقه المقابلة حيث تم تحديد من ٣٠ إلى ٩٠ دقيقة لكل مقابلة ومن ثم إتاحة الفرصة للمبحوث في إنهاء المقابلة في أي وقت، وتخييره بين تدوين ما أدلى به من معلومات كتابياً أو الاكتفاء بالتسجيل الصوتي. وقد قام الباحثان بالاستعانة بجهاز تسجيل رقمي (Digital recorder) لتسجيل ما يتم خلال المقابلة وذلك بعد ما تم أخذ موافقة المبحوثين على تسجيل المقابلة وإعطائهم الضمانات بسرية المعلومات التي سوف يدلون بها للباحثين، وبعد انتهاء المقابلات قام الباحثان بتفريغ التسجيل الصوتي كتابياً كما جرى أثناء المقابلة دون تأويل أو تحريف.

وعلى الرغم من أن إعطاء الضمان للمبحوثين بسرية المعلومات، إلا أن بعضهم رفض التسجيل الصوتي والاكتفاء بالتدوين اليدوي للمعلومات. وبحسب Bryman and Bell (٢٠٠٣) «عندما تواجه الرفض، يجب أن تستمر في المقابلة، لأنه من المرجح جداً أن ما سيأتي من معلومات سوف يكون مفيداً». وقد أجريت المقابلات بعد تحليل البيانات الكمية وبالتالي، كانت محاور المقابلة الشخصية في الأساس نتيجة للتحليل الكمي. بالإضافة إلى موضوعات أخرى تتعلق بالتعرف على أنماط معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية الأكثر شيوعاً. وقد تم طرح أسئلة مفتوحة للحصول على البيانات المطلوبة. وترك المجال أمام الباحث بحيث يكون حراً في ترتيب أسئلة المقابلة الشخصية وصياغتها بطريقة يفهمها المبحوث واختيار الأسئلة الأكثر ملاءمة لظروف كل مقابلة، بحيث يتم التحقق من آراء المبحوثين حسبما تقتضيه الأمور؛ وذلك للحفاظ على المناقشة ومتابعة النقاط المثيرة للاهتمام حسبما نشأت.

وبعد إجراء المقابلات مع المبحوثين تم تحليل البيانات التي تم جمعها باستخدام المنهج التحليلي العام (General Analytical procedures) وذلك بإتباع أسلوب كوليز وهوسي (٢٠٠٤) كما في الشكل البياني رقم (٤). وقد عززت نتائج المقابلات وشرحت النتائج التي تم الحصول عليها من النهج الكمي. ولذلك، فإن التصميم التفسيري المتسلسل يوفر فهماً شاملاً بشأن آراء المبحوثين حول سبل معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. وهذه هي المرة الأولى - على حد علم الباحثَين – يتم استخدام هذا التصميم في موضوع هذه الدراسة. حيث كان التركيز في الدراسات السابقة على الأساليب الكمية، وبالتالي سوف توفر هذه الدراسة فهماً أعمق لمشكلة البحث.

شكل بياني رقم (٤): إجراءات المنهج التحليلي العام للبيانات النوعية (كوليز وهوسي ، ٢٠٠٤)

1) في البداية يجب تحويل الملاحظات الميدانية الخام التي تم جمعها في شكل سجل مكتوب مع إضافة افكار وانطباعات الباحث حول موضوع الدراسة ويجب التمييز بين تفسير الباحث للأحداث وبين الوقائع في الميدان.

⇩

2) التأكد من أن أي مادة تم جمعها سواءً من خلال المقابلات أو الملاحظات أو الوثائق الأصلية قد تم توثيقها بشكل صحيح. وينبغي الإشارة إلى الجهة المعنية (المعني بالأمر) والتاريخ والوقت والسياق والظروف المؤدية إلى جمع البيانات والآثار المحتملة على البحث. ومن المهم تدوين المراجع في ورقة خاصة يمكن الاحتفاظ بها حسب نظام فهرسة محدد قابل لاسترجاع البيانات او إلغاءها.

⇩

3) البدء بترميز البيانات في أسرع وقت ممكن. بحيث يخصص رمز لكل متغير أو مفهوم أو موضوع يتطلب تحديده. قد يتم تخصيص رمز إلى كلمة معينة أو إلى عبارة حيث سوف مما يسمح بتخزين البيانات، واستردادها وإعادة تنظيمها في مجموعة متنوعة من الطرق. ومن الأسهل البدء في أكبر عدد من الرموز بحيث يتم في الاخير تقليصها إلى أعداد قليلة.

⇩

4) عندما يتم ترميز البيانات، فيمكن للباحث البدء في تجميع الرموز في فئات أصغر وفقا لأنماط أو الموضوعات التي تنشأ. وهذه ليست مهمة ميكانيكية، ولكنها تتطلب بعض الجهد والتفكير. فإذا كان الباحث لا يستخدم إطار نظري قوي، فليس من المستحب فرض فئات، بل لا بد للفئات أن تنشأ من البيانات. ولا بد من مقارنة البيانات الجديدة كلما تم جمعها مع الرموز والفئات الموجودة لدى الباحث بحيث يتم تعديلها كلما تطلب ذلك.

⇩

5) يجب على الباحث في مراحل مختلفة كتابة ملخصات للنتائج التي توصل إليها عند نقطة معينة. مما سيؤدي إلى المساعدة في ترتيب الأفكار ووضعها على الورق ومن ثم تحليها وتسليط الضوء على أي أوجه القصور يتعين علاجها.

⇩

6) يجب على الباحث استخدام الملخصات لبناء تعاميم في مقابل النظريات الموجودة أو استخدامها لبناء نظرية جديدة.

⇩

7) مواصلة العملية حال الاطمئنان أن التعميمات الناتجة عن البيانات قوية بشكل كافي لدعم النظريات الموجودة أو بناء نظرية جديدة.

٢/٩/٣ الخصائص الشخصية والوظيفية للمبحوثين في المقابلات الشخصية:

الجداول التالية أرقام (١٣-١٤-١٥) تصف توزيع من شـــملتهم المقابلات الشخصية من المبحوثين بحسب الخصائص الشـــخصية والوظيفية ووحداتهم الإدارية والأجهزة الحكومية التي يعملون بها.

جدول رقم (١٣): توزيع من شملتهم المقابلات الشخصية بحسب المعلومات الشخصية

م	تاريخ المقابلة	العمر	الجنس	المؤهل العلمي
١	٢٠١٧/٠٢/٠٥	٥٠ أقل من ٦٠	ذكر	دراسات عليا
٢	٢٠١٧/٠٢/٠٥	٤٠ أقل من ٥٠	ذكر	دراسات عليا
٣	٢٠١٦/١٢/٢٨	٣٠ أقل من ٤٠	ذكر	دراسات عليا
٤	١٢٠١٦/١٢/٢٨	٥٠ أقل من ٦٠	ذكر	دراسات عليا
٥	٢٠١٧/٠٢/٠٥	٣٠ أقل من ٤٠	ذكر	بكالوريوس
٦	٢٠١٧/٠٢/٠٥	٤٠ أقل من ٥٠	ذكر	دراسات عليا
٧	٢٠١٧/٠٢/٠٥	٤٠ أقل من ٥٠	ذكر	دراسات عليا
٨	٢٠١٧/٠٢/٠٥	٤٠ أقل من ٥٠	ذكر	دراسات عليا
٩	٢٠١٧/٠٢/٠٦	٣٠ أقل من ٤٠	ذكر	بكالوريوس
١٠	٢٠١٧/٠٢/٠٧	٤٠ أقل من ٥٠	ذكر	دراسات عليا

يلاحظ من الجدول الســـابق أن كل الأشـــخاص الذين أجريت معهم مقابلات شـــخصية كانـــوا رجالاً، وذلك لكون النســـبة العظمى من القياديين في القطـــاع الصحي رجال. أما ما يتعلق بأعمار الأشـــخاص التي أجريت معهم المقابلات الشـــخصية، فإن العدد الأكبر والذي بلغ خمسة منهم تتراوح أعمارهم بين ٤٠-٤٩ سنة، وثلاثة تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٣٩ سنة، وهناك اثنان أعمارهم بين ٥٠ سنة وأقل من ٦٠ سنة. وكان (٨٠٪) من الذين أجريت معهم المقابلات الشـــخصية يحملون شـــهادات عليا سواء ماجســـتير أو دكتوراه، في حين أن الباقين وعددهم اثنان يحملون شهادة البكالوريوس.

جدول رقم (١٤): توزيع من شملتهم المقابلات الشخصية بحسب الأجهزة الحكومية التي يتبعون لها

م	اسم الجهاز الحكومي	الوحدة الإدارية
١	وزارة الصحة	مكتب الوزير
٢	وزارة التعليم	عميد كلية
٣	وزارة التعليم	وكيل الكلية
٤	وزارة التعليم	عميد
٥	وزارة الصحة	مدير عام
٦	الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية	العيادات الشاملة لقوى الأمن
٧	وزارة التعليم	عميد كلية
٨	الشئون الصحية بالحرس الوطني	مدير مستشفى
٩	وزارة الصحة	مدير عام
١٠	وزارة الصحة	مدير عام

يتضح من الجدول السابق بأن الشريحة الأكبر كانت موزعة بالتساوي بين وزارتي الصحة والتعليم بعدد (٤) مشاركين من كل وزارة، ومن الجهات الأخرى وافق على المشاركة مشارك واحد من الشئون الصحية بوزارة الحرس الوطني، ومشارك واحد من الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية، بينما لم يبدِ العديد من الذين شاركوا في تعبئة الاستبيان من الجهات الأخرى الرغبة بإجراء المقابلة الشخصية، وكان رد الكثير منهم أن المعلومات الواردة في الاستبيان كافية، بينما برر البقية عدم رغبتهم بإجراء المقابلات الشخصية بسبب عدم توفر الوقت لهم.

جدول رقم (١٥): توزيع من شملتهم المقابلات الشخصية بحسب الخصائص الوظيفية

م	اسم الجهاز الحكومي	الوظيفة المعين عليها	الوظيفة المكلف بها	التخصص	سنوات الخبرة	نطاق الإشراف
١	وزارة الصحة	طبيب استشاري	مستشار الوزير	طبي	٢٠ سنة فأكثر	أكثر من ٢٠ موظفاً
٢	وزارة التعليم	أستاذ مشارك	عميد الكلية	إداري	٢٠ سنة فأكثر	أكثر من ٢٠ موظفاً
٣	وزارة التعليم	أستاذ مساعد	وكيل كلية	طبي	١٥ أقل من ٢٠ سنة	أكثر من ٢٠ موظفاً
٤	وزارة التعليم	أستاذ مشارك	أكاديمي طبيب	طبي	٢٠ سنة فأكثر	أكثر من ٢٠ موظفاً
٥	وزارة الصحة	أخصائي	مدير عام	إداري	١٥ أقل من ٢٠ سنة	أكثر من ٢٠ موظفاً
٦	الإدارة العامة للخدمات الطبية	مساعد مدير	مساعد المدير	إداري	١٥ أقل من ٢٠ سنة	أكثر من ٢٠ موظفاً
٧	وزارة التعليم	أستاذ مشارك	عميد الكلية	طبي	٢٠ سنة فأكثر	أكثر من ٢٠ موظفاً
٨	الشئون الصحية بالحرس الوطني	أخصائي أول	مدير	إداري	١٥ أقل من ٢٠ سنة	أكثر من ٢٠ موظفاً
٩	وزارة الصحة	اخصائي أول	مدير عام	فني	٢٠ سنة فأكثر	أكثر من ٢٠ موظفاً
١٠	وزارة الصحة	مساعد المدير العام	مدير عام	طبي	٢٠ سنة فأكثر	أكثر من ٢٠ موظفاً

من الجدول السابق يتضح أن ٧٠ ٪ ممن أجريت لهم المقابلات يختلف مسمى الوظيفة المعينين عليها عن الوظيفة المكلفين بها فعلياً، كما أن ٥٠٪ من العينة كانت تخصصاتهم طبية، بينما ٤٠٪ كان يحملون تخصصات إدارية والباقي ١٠٪ يحمل تخصص فني. كما

يتضـح بأنهـم جميعاً ١٠٠٪ يشرفون على أكثر من ٢٠ موظفاً، وهذا يعود إلى مسـئولياتهم الكبـيرة والوظيفـة المكلفين بها. كما يتضح بـأن ٦٠ ٪ من الذين شـملتهم المقابلات لهم سنوات خبرة أكثر من ٢٠ سنة في مجال العمل، بينما النسبة الباقية ٤٠٪ لهم ما بين ١٥ سنة إلى أقل من ٢٠ سنة في مجال العمل.

الفصل الرابع

تحليل البيانات ومناقشة النتائج

تمهيد:

تســتعرض الدراســة في الجزء الأول من هذا الفصل تحليل البيانات والتي تشمل نوعين هما: البيانات الكمية من خلال الإجابة عن أسـئلة الدراسـة الرئيسـية باستخدام العديد من أسـاليب التحليل الإحصـائي المعتمدة، والنوع الآخر تحليـل البيانات النوعية والخاصة بالمقابلات الشـخصية. وفي الجزء الثاني من هذا الفصل سيتم مناقشة أهم النتائج الخاصة بالبيانات الكمية والنوعية.

١/٤ تحليل البيانات الكمية والإجابة عن أسئلة الدراسة:

هدفـت هذه الدراسـة إلى التعـرف على مدى تأثـير العوامل التنظيميـة على تداخل الاختصاصات فيما بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وأفضل السبل للتعامل معــه، كــما هدفت إلى التعــرف على مدى تأثير اســتخدام التقنية في معالجــة التداخل في الاختصاصـات بين الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وأفضل السـبل للتعامل معه، وسعت كذلك إلى تحديد ما إذا كان هناك فروق في مستويات متغيرات الدراسة وفقاً للمتغيرات الشـخصية والوظيفية للمبحوثين، كما هدفت إلى التعرف على أنماط التداخل في الاختصاصات الأكثر شيوعاً بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وأفضل السبل للتعامل معها.

ولتحقيق هذه الأهداف سعت الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

١/١/٤ السؤال الأول:

ما مدى تأثير العوامـل التنظيمية في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التداخل في الاختصاصات؟

للتعــرف على مدى تأثير العوامــل التنظيمية في الأجهزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية على التداخل في الاختصاصات، قام الباحثان بحســاب التكرارات والنســب المئوية والمتوســطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاســتجابات أفراد الدراسة على هذا المحور، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

١-الهيكل التنظيمي:

جدول رقم (١٦): استجابات أفراد مجتمع الدراسة على العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
١	المركزية	ك	-	١٢	١٢	٣٠	١٣	٣,٦٦	٠,٩٩٣	٢
		٪	-	١٧,٩	١٧,٩	٤٤,٨	١٩,٤			
٢	عدم وضوح الاتصالات الإدارية من أعلى إلى أسفل	ك	٣	٢٧	٢٠	١٢	٥	٢,٨٤	١,٠٢٤	٢٠
		٪	٤,٥	٤٠,٣	٢٩,٩	١٧,٩	٧,٥			
٣	كثرة المستويات الإدارية	ك	-	١١	١٤	٣٢	١٠	٣,٦١	٠,٩٣٧	٣
		٪	-	١٦,٤	٢٠,٩	٤٧,٨	١٤,٩			
٤	اتساع نطاق الإشراف لدى مديري الوحدات التنظيمية	ك	-	١٧	٢٢	١٩	٩	٣,٣٠	١,٠٠٠	٨
		٪	-	٢٥,٤	٣٢,٨	٢٨,٤	١٣,٤			
٥	عدم التكيف والتناغم مع التغييرات الداخلية	ك	-	١٩	١٢	٢٩	٧	٣,٣٦	١,٠١١	٧
		٪	-	٢٨,٤	١٧,٩	٤٣,٣	١٠,٤			
٦	عدم التكيف والتناغم مع التغييرات الخارجية	ك	-	١٥	١٦	٢٨	٨	٣,٤٣	٠,٩٧٣	٥
		٪	-	٢٢,٤	٢٣,٩	٤١,٨	١١,٩			
٧	عدم مراعاة تصميمه للطبيعة الطارئة للقطاع الصحي	ك	٢	٣٠	١٠	١٩	٦	٢,٩٦	١,١٠٧	١٦
		٪	٣,٠	٤٤,٨	١٤,٩	٢٨,٤	٩,٠			
٨	عدم المرونة تجاه التغيرات التقنية المتطورة	ك	٥	٢٦	١٤	١٨	٤	٢,٨٥	١,٠٩١	١٨
		٪	٧,٥	٣٨,٨	٢٠,٩	٢٦,٩	٦,٠			
٩	عدم توافقه مع التقنية الموجودة في بيئة العمل	ك	-	٢٨	١٦	١٦	٧	٣,٠٣	١,٠٤٤	١٥
		٪	-	٤١,٨	٢٣,٩	٢٣,٩	١٠,٤			

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
١٠	جموده وعدم تطويره	ك	-	١٩	٢٢	٢٠	٦	٣,١٩	٠,٩٥٧	١٢
		٪	-	٢٨,٤	٣٢,٨	٢٩,٩	٩,٠			
١١	عدم شموله للوظائف التي تغطي كل مهام الجهاز	ك	١	٣٥	١١	٨	١٢	٢,٩٣	١,١٩٧	١٧
		٪	١,٥	٥٢,٢	١٦,٤	١١,٩	١٧,٩			
١٢	وجود أكثر من مسئول أرفع له تقارير العمل	ك	-	١٩	٢٦	١٤	٨	٣,١٦	٠,٩٧٩	١٤
		٪	-	٢٨,٤	٣٨,٨	٢٠,٩	١١,٩			
١٣	عدم تحديده لخطوط السلطة وانسيابها بين الوظائف وبين الوحدات الإدارية المختلفة	ك	-	٢٦	١٣	١٦	١٢	٣,٢١	١,١٤٩	١١
		٪	-	٣٨,٨	١٩,٤	٢٣,٩	١٧,٩			
١٤	ازدواج خطوط السلطة	ك	-	٢٦	١٣	١٧	١١	٣,١٩	١,١٣١	١٣
		٪	-	٣٨,٨	١٩,٤	٢٥,٤	١٦,٤			
١٥	تعدد مصادر إصدار الأوامر والتعليمات	ك	-	٣٥	١١	١٨	٣	٢,٨٤	٠,٩٧٩	١٩
		٪	-	٥٢,٢	١٦,٤	٢٦,٩	٤,٥			
١٦	عدم توضيح الوحدات الإدارية التي يتكون منها الجهاز	ك	١	٢١	٦	٢٧	١٢	٣,٤٢	١,١٥٧	٦
		٪	١,٥	٣١,٣	٩,٠	٤٠,٣	١٧,٩			
١٧	صعوبة إحداث تعديل عليه	ك	-	٥	١٦	٢٠	٢٦	٤,٠٠	٠,٩٦٩	١
		٪	-	٧,٥	٢٣,٩	٢٩,٩	٣٨,٨			
١٨	حاجته إلى تعديل لزيادة السرعة في أداء العمل	ك	-	١٢	١١	٣٥	٩	٣,٦١	٠,٩٣٧	٣
		٪	-	١٧,٩	١٦,٤	٥٢,٢	١٣,٤			
١٩	عدم توافق التعديل عليه مع التغير في إستراتيجية الجهاز	ك	-	١٤	٢٤	١٢	١٧	٣,٤٨	١,٠٩٢	٤
		٪	-	٢٠,٩	٣٥,٨	١٧,٩	٢٥,٤			
٢٠	عدم الفصل بين الاختصاصات	ك	٣	١٧	١٦	١٩	١٢	٣,٣٠	١,١٦٨	٩
		٪	٤,٥	٢٥,٤	٢٣,٩	٢٨,٤	١٧,٩			
٢١	عدم توفيره للمعلومات الضرورية للتنسيق بين الوحدات الإدارية والفنية والطبية المختلفة	ك	-	١٩	٢٤	١٣	١١	٣,٢٤	١,٠٤٦	١٠
		٪	-	٢٨,٤	٣٥,٨	١٩,٤	١٦,٤			
المتوسط الحسابي العام								٣,٢٧	٠,٧٣٨	-

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- بلغ المتوسـط الحسـابي العام للمحور المتعلق بالهيكل التنظيمـي (٣,٢٧ من ٥)، وهذا المتوسـط يقع بالفئة الثالثة من المقياس المتدرج الخماسي، والتي تشير إلى درجة موافق إلى حد ما، أي إن أفراد مجتمع الدراسة موافقون إلى حد ما على تأثير الهيكل التنظيمي.

ب- أن هنـاك تقارباً في درجة موافقة أفراد مجتمع الدراسـة عـلى الهيكل التنظيمي، حيث تراوحت متوسـطات موافقتهم ما بين (٢,٨٤ إلى ٤,٠٠)، وهذه المتوسطات تقع في الفئتين الثانية والثالثة من فئات المقياس المتدرج الخماسي واللتين تشيرا إلى درجة (موافق، موافق إلى حد ما) على أداة الدراسـة، حيث يتبين مـن النتائج الموضحة بالجدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على سبع عبارات من العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، وقد تراوحت المتوسـطات الحسـابية لهذه العبارات ما بين (٣,٤٢ إلى ٤,٠٠) وهي متوسطات تقع بالفئة الرابعة والتي تشير إلى درجة موافق، وفيما يلي عرض لهذه العبارات:

١- جـاءت العبارة رقـم (١٧)، وهي" صعوبة إحداث تعديل عليـه "بالمرتبة الأولى بين العبـارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسـط حسـابي (٤,٠٠ مـن ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٦٩).

٢- جاءت العبارة رقم (١)، وهي«المركزية»بالمرتبة الثانية بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٦٦ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٩٣).

٣- جـاءت العبارتان رقم (٣-١٨)، وهما «كثرة المسـتويات الإدارية- حاجته إلى تعديل لزيـادة السرعـة في أداء العمـل» بالمرتبة الثالثة بـين العبارات المتعلقـة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٦١ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٣٧).

٤- جاءت العبارة رقم (١٩)، وهي «عدم توافق التعديل عليه مع التغير في إسـتراتيجية الجهاز» بالمرتبة الرابعة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسـط حسـابي (٣,٤٨ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠٩٢).

٥- جـاءت العبـارة رقم (٦)، وهي «عـدم التكيف والتناغم مع التغيـيرات الخارجية» بالمرتبة الخامسـة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسـط حسابي (٣,٤٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٧٣).

٦- جــاءت العبارة رقم (١٦)، وهي «عدم توضيح الوحــدات الإدارية التي يتكون منها الجهاز» بالمرتبة السادسة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٤٢ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٥٧).

كما تبين من الجدول أعلاه أن أفراد عينة الدراســة موافقون إلى حد ما على أربع عشرة عبارة من العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، فقد تراوحت المتوســطات الحســابية لهذه العبــارات ما بين (٢,٨٤ إلى ٣,٣٦)، وهي متوســطات تقع بالفئــة الثالثة من فئات المقياس الخماسي المتدرج والتي تشير إلى درجة موافق إلى حد ما على أداة الدراسة، وفيما يلي عرض لأهم العبارات التي توضح الهيكل التنظيمي:

١- جاءت العبارة رقــم (٥)، وهي «عدم التكيف والتناغم مع التغييرات الداخلية» بالمرتبة الســابعة بين العبــارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوســط حســابي (٣,٣٦ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠١١).

٢- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي «اتســاع نطاق الإشراف لدى مديري الوحدات التنظيمية» بالمرتبة الثامنة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٣٠ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠٠٠).

٣- جــاءت العبــارة رقم (٢٠)، وهي «عدم الفصل بين الاختصاصات» بالمرتبة التاســعة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوســط حسابي (٣,٣٠ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٦٨).

٤- جــاءت العبــارة رقم (٢١)، وهــي «عدم توفــيره للمعلومات الضرورية للتنســيق بين الوحــدات الإدارية والفنية والطبيــة المختلفة» بالمرتبة العاشرة بــين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٢٤ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠٤٦).

٥- جاءت العبارة رقم (١٣)، وهي «عدم تحديده لخطوط الســلطة وانسيابها بين الوظائف وبين الوحـدات الإدارية المختلفة» بالمرتبة الحادية عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٢١ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٤٩).

٦- جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي «جموده وعدم تطويره» بالمرتبة الثانية عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,١٩ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٥٧).

٧- جــاءت العبــارة رقم (١٤)، وهي «ازدواج خطوط الســلطة» بالمرتبــة الثالثة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوســط حسابي (٣,١٩ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٣١).

٨- جاءت العبارة رقم (١٢)، وهي «وجود أكثر من مســئول أرفع له تقارير العمل» بالمرتبة الرابعة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوســط حسابي (٣,١٦ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٧٩).

٩- جاءت العبارة رقم (٩)، وهي «عدم توافقه مع التقنية الموجودة في بيئة العمل» بالمرتبة الخامسة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٠٣ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠٤٤).

١٠- جاءت العبارة رقم (٧)، وهي «عدم مراعاة تصميمه للطبيعة الطارئة للقطاع الصحي» بالمرتبة السادسة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٢,٩٦ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٠٧).

١١- جاءت العبارة رقم (١١)، وهي «عدم شــموله للوظائف التي تغطي كل مهام الجهاز» بالمرتبة السابعة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٢,٩٣ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٩٧).

١٢- جــاءت العبارة رقم (٨)، وهي «عدم المرونــة تجاه التغيرات التقنية المتطورة» بالمرتبة الثامنة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوســط حسابي (٢,٨٥ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠٩١).

١٣- جــاءت العبارة رقم (١٥)، وهــي «تعدد مصادر إصدار الأوامــر والتعليمات» بالمرتبة التاسعة عشرة بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٢,٨٤ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٧٩).

١٤- جــاءت العبــارة رقم (٢)، وهي «عدم وضوح الاتصالات الإدارية من أعلى إلى أســفل» بالمرتبة العشرين بين العبارات المتعلقة بالهيكل التنظيمي، بمتوســط حسابي (٢,٨٤ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠٢٤).

٢- الدليل التنظيمي:

هل يوجد دليل تنظيمي يوضح اختصاصات الجهاز الذي تعمل به؟

وللإجابة عن هذا السـؤال قام الباحثان بحساب التكرارات والنسب المئوية للإجابة عن هذا السؤال وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (١٧): التكرارات والنسب المئوية على العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي

هل يوجد دليل تنظيمي يوضح اختصاصات الجهاز الذي تعمل به	التكرارات	النسبة
نعم	٢٧	٤٠,٣
لا	٤٠	٥٩,٧
المجموع	٦٧	١٠٠

تبين من الجدول السـابق الخاص بتوزيع أفراد مجتمع الدراسة وفقاً لسؤال (هل يوجد دليـل تنظيمـي يوضح اختصاصات الجهاز الذي تعمل به) أنـه لا يوجد لدى (٥٩,٧٪) من أفـراد العينة دليـل تنظيمي يوضح اختصاصات الجهاز الـذي يعملون به، في مقابل وجود دليـل تنظيمي لـدى (٤٠,٣٪) من أفراد عينة الدراسـة يوضح اختصاصـات الجهاز الذي يعملون به. والجدول التالي يوضح اسـتجابات أفراد عينة الدراسـة على العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي.

جدول رقم (١٨): استجابات أفراد مجتمع الدراسة على العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
١	مساعدة العاملين على إنجاز المهام عند تحديثه بشكل دوري	ك	-	١٢	٢٠	٢٠	-	٣,١٥	٠,٧٧٧	٩
		٪	-	١٧,٩	٢٩,٩	٢٩,٩	-			
٢	أخذه في الاعتبار طبيعة العمل المهنية والاحترافية لبعض فئات العاملين في المرفق الصحي	ك	-	٩	٢٢	١٥	-	٣,١٣	٠,٧١٨	١٠
		٪	-	١٣,٤	٣٢,٨	٢٢,٤	-			
٣	وضوح المهام	ك	-	٣	٢٨	١٨	-	٣,٣١	٠,٥٨٥	٨
		٪	-	٤,٥	٤١,٨	٢٦,٩	-			
٤	تيسير العمل الروتيني دون الرجوع للمسئول الأعلى	ك	-	٩	١٣	٢٦	١	٣,٣٩	٠,٨١٢	٤
		٪	-	١٣,٤	١٩,٤	٣٨,٨	١,٥			
٥	توضيح الصلاحيات الوظيفية داخل الجهاز	ك	-	٣	٢١	٢٥	-	٣,٤٥	٠,٦١٤	٣
		٪	-	٤,٥	٣١,٣	٣٧,٣	-			
٦	تعقيد العمل عند إجراء تعديلات عليه	ك	٣	١٥	١٧	١١	٣	٢,٩٢	١,٠١٧	١١
		٪	٤,٥	٢٢,٤	٢٥,٤	١٦,٤	٤,٥			
٧	تحديده لمسئوليات وصلاحيات كل وحدة إدارية	ك	-	٢	٢١	٢٦	-	٣,٤٩	٠,٥٨٢	٢
		٪	-	٣,٠	٣١,٣	٣٨,٨	-			
٨	تيسير عملية التنسيق بين الوحدات المختلفة لإنجاز الأعمال	ك	-	٨	١٦	٢٥	-	٣,٣٥	٠,٧٥١	٦
		٪	-	١١,٩	٢٣,٩	٣٧,٣	-			
٩	مساعدته الموظفين في التعرف على اختصاصات وحداتهم التنظيمية	ك	٣	٣	١٨	٢٥	-	٣,٣٣	٠,٨٥١	٧
		٪	٤,٥	٤,٥	٢٦,٩	٣٧,٣	-			
١٠	مساعدته الموظفين في التعرف على مهام الوظائف التي يشغلونها والوحدات الأخرى التي يتعاملون معها	ك	-	٥	٢١	٢٣	-	٣,٣٧	٠,٦٦٨	٥
		٪	-	٧,٥	٣١,٣	٣٤,٣	-			
١١	اعتباره مرجعاً نظامياً يحتكم إليه عند التداخل في المهام والمسؤوليات	ك	-	٦	١٢	٢٥	٦	٣,٦٣	٠,٨٥٩	١
		٪	-	٩,٠	١٧,٩	٣٧,٣	٩,٠			
المتوسط الحسابي العام								٣,٣٠	٠,٥٠٣	-

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور المتعلق بالدليل التنظيمي (٣,٣٠ من ٥)، وهذا المتوسط يقع بالفئة الثالثة من المقياس المتدرج الخماسي، والتي تشير إلى درجة موافق إلى حد ما، أي إن أفراد مجتمع الدراسة موافقون إلى حد ما على الدليل التنظيمي.

ب- أن هناك تقارباً في درجة موافقة أفراد مجتمع الدراسة على الدليل التنظيمي، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم ما بين (٢,٩٢ إلى ٣,٦٣) وهذه المتوسطات تقع في الفئتين الثانية والثالثة من فئات المقياس المتدرج الخماسي واللتين تشيران إلى درجة (موافق، موافق إلى حد ما) على أداة الدراسة، حيث يتبين من النتائج الموضحة بالجدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على ثلاث عبارات من العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه العبارات ما بين (٣,٤٥ إلى ٣,٦٣) وهي متوسطات تقع بالفئة الرابعة والتي تشير إلى درجة موافق على أداة الدراسة، وفيما يلي عرض لهذه العبارات:

١- جاءت العبارة رقم (١١)، وهي «اعتباره مرجعاً نظامياً يحتكم إليه عند التداخل في المهام والمسؤوليات» بالمرتبة الأولى بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٦٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٥٩).

٢- جاءت العبارة رقم (٧)، وهي «تحديده لمسئوليات وصلاحيات كل وحدة إدارية» بالمرتبة الثانية بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٤٩ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٥٨٢).

٣- جاءت العبارة رقم (٥)، وهي «توضيح الصلاحيات الوظيفية داخل الجهاز» بالمرتبة الثالثة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٤٥ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٦١٤).

٤- كما تبين من الجدول أعلاه أن أفراد عينة الدراسة موافقون إلى حد ما على ثماني عبارات من العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه العبارات ما بين (٢,٩٢ إلى ٣,٣٩) وهي متوسطات تقع بالفئة الثالثة من فئات المقياس الخماسي المتدرج والتي تشير إلى درجة موافق إلى حد ما على أداة الدراسة، وفيما يلي عرض لأهم العبارات التي توضح بالدليل التنظيمي:

٥- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي «تيسير العمل الروتيني دون الرجوع للمسئول الأعلى» بالمرتبة الرابعة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٣٩ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨١٢).

٦- جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي «مساعدته الموظفين في التعرف على مهام الوظائف التي يشغلونها والوحدات الأخرى التي يتعاملون معها» بالمرتبة الخامسة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٣٧ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٦٦٨).

٧- جاءت العبارة رقم (٨)، وهي «تيسير عملية التنسيق بين الوحدات المختلفة لإنجاز الأعمال» بالمرتبة السادسة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٣٥ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٥١).

٨- جاءت العبارة رقم (٩)، وهي «مساعدته الموظفين في التعرف على اختصاصات وحداتهم التنظيمية» بالمرتبة السابعة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٣٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٥١).

٩- جاءت العبارة رقم (٣)، وهي «وضوح المهام» بالمرتبة الثامنة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,٣١ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٥٨٥).

١٠- جاءت العبارة رقم (١)، وهي «مساعدة العاملين على إنجاز المهام عند تحديثه بشكل دوري» بالمرتبة التاسعة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,١٥ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٧٧).

١١- جاءت العبارة رقم (٢)، وهي «أخذه في الاعتبار طبيعة العمل المهنية والاحترافية لبعض فئات العاملين في المرفق الصحي» بالمرتبة العاشرة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٣,١٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧١٨).

١٢- جاءت العبارة رقم (٦)، وهي «تعقيد العمل عند إجراء تعديلات عليه» بالمرتبة الحادية عشرة بين العبارات المتعلقة بالدليل التنظيمي، بمتوسط حسابي (٢,٩٢ من ٥)، وانحراف معياري (١,٠١٧).

٣-دليل الصلاحيات:

جدول رقم (١٩): استجابات أفراد مجتمع الدراسة على العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
١	يتطلب تصميم اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية دقة بالغة	ك	-	٣	٥	٢٩	٣٠	٤,٢٨	٠,٧٩٤	٢
		٪	-	٤,٥	٧,٥	٤٣,٣	٤٤,٨			
٢	يتطلب تصميم إجراءات الأجهزة الصحية الحكومية دقة بالغة	ك	-	٣	٥	٢٦	٣٣	٤,٣٣	٠,٨٠٥	١
		٪	-	٤,٥	٧,٥	٣٨,٨	٤٩,٣			
٣	يوجد تحديد لاختصاصات الوحدات التنظيمية في الجهاز الذي أعمل به	ك	-	٩	٢٧	٣١	-	٣,٣٣	٠,٧٠٥	٤
		٪	-	١٣,٤	٤٠,٣	٤٦,٣	-			
٤	يوجد وحدات تمارس نفس الأنشطة والمهام داخل الجهاز	ك	٢	٦	٣٢	٢٤	٣	٣,٣٠	٠,٨١٧	٦
		٪	٣,٠	٩,٠	٤٧,٨	٣٥,٨	٤,٥			
٥	يوجد تداخل في الاختصاصات بين الجهاز الذي أعمل به وأجهزة حكومية أخرى	ك	-	١٣	١٦	٣٢	٦	٣,٤٦	٠,٩١٠	٣
		٪	-	١٩,٤	٢٣,٩	٤٧,٨	٩,٠			
٦	تتسم الأنظمة واللوائح الخاصة بصلاحيات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بالوضوح	ك	٦	١٢	٣٠	١٩	-	٢,٩٣	٠,٩١٠	٧
		٪	٩,٠	١٧,٩	٤٤,٨	٢٨,٤	-			
٧	يوجد عدم وضوح في اختصاصات الأجهزة الأخرى المقدمة للخدمات الصحية	ك	٣	٩	٢٣	٢٨	٤	٣,٣١	٠,٩٤١	٥
		٪	٤,٥	١٣,٤	٣٤,٣	٤١,٨	٦,٠			
٨	يوجد تنسيق بين الأجهزة الأخرى المقدمة للخدمات الصحية	ك	٥	١٨	٤٠	٤	-	٢,٦٤	٠,٧١١	٨
		٪	٧,٥	٢٦,٩	٥٩,٧	٦,٠	-			
المتوسط الحسابي العام								٣,٤٥	٠,٤١٩	-

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور المتعلق بدليل الصلاحيات (٣,٤٥ من ٥)، وهذا المتوسط يقع بالفئة الرابعة من المقياس المتدرج الخماسي، والتي تشير إلى درجة موافق، أي إن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على دليل الصلاحيات.

ب- أن هنــاك تباينــاً في درجة موافقة أفراد مجتمع الدراســة على دليل الصلاحيات، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم ما بين (٢,٦٤ إلى ٤,٣٣)، وهذه المتوسطات تقع في الفئات (الثالثة، الرابعة، الخامسة) من فئات المقياس المتدرج الخماسي واللتين تشيران إلى درجة (موافق بشــدة، موافق، موافق إلى حد ما) على أداة الدراســة، حيث يتبين من النتائج الموضحــة بالجــدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراســة موافقون بشــدة على عبارتين من العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه العبارات ما بين (٤,٢٨ إلى ٤,٣٣) وهي متوســطات تقع بالفئة الخامســة والتي تشــير إلى درجة موافق بشدة، وفيما يلي عرض لهذه العبارات:

١- جــاءت العبارة رقم (٢)، وهي «يتطلب تصميم إجراءات الأجهزة الصحية الحكومية دقة بالغة» بالمرتبة الأولى بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوســط حسابي (٤,٣٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٠٥).

٢- جاءت العبارة رقم (١)، وهي «يتطلب تصميم اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية دقة بالغة» بالمرتبة الثانية بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوسط حسابي (٤,٢٨ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٩٤).

كــما يتبين من الجدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراســة موافقون على عبارة واحدة من العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، وهي العبارة رقم (٣) والتي تنص على «يوجد تداخل في الاختصاصــات بــين الجهاز الذي أعمــل به وأجهزة حكومية أخرى» فقد بلغ المتوســط الحسابي لها (٣,٤٦) وبلغ انحرافها المعياري (٠,٩١٠).

ويتضح من الجدول أعلاه أن أفراد عينة الدراسة موافقون إلى حد ما على خمس عبارات من العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه العبارات مــا بين (٢,٦٤ إلى ٣,٣٣) وهذه متوســطات تقع بالفئة الثالثــة من فئات المقياس الخماسي والتي تشير إلى درجة موافق إلى حد ما على أداة الدراسة، وفيما يلي عرض لهذه العبارات:

١- جاءت العبارة رقم (٣)، وهي «يوجد تحديد لاختصاصات الوحدات التنظيمية في الجهاز الذي أعمل به» بالمرتبة الرابعة بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوسط حسابي (٣,٣٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٠٥).

٢- جاءت العبارة رقم (٧)، وهي «يوجد عدم وضوح في اختصاصات الأجهزة الأخرى المقدمة للخدمات الصحية» بالمرتبة الخامسة بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوسط حسابي (٣,٣١ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٤١).

٣- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي «يوجد وحدات تمارس نفس الأنشطة والمهام داخل الجهاز» بالمرتبة السادسة بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوسط حسابي (٣,٣٠ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨١٧).

٤- جاءت العبارة رقم (٦)، وهي «تتسم الأنظمة واللوائح الخاصة بصلاحيات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بالوضوح» بالمرتبة السابعة بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوسط حسابي (٢,٩٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩١٠).

٥- جاءت العبارة رقم (٨)، وهي «يوجد تنسيق بين الأجهزة الأخرى المقدمة للخدمات الصحية» بالمرتبة الثامنة بين العبارات المتعلقة بدليل الصلاحيات، بمتوسط حسابي (٢,٦٤ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧١١).

٤-الوظائف التنظيمية:

جدول رقم (٢٠): استجابات أفراد مجتمع الدراسة على العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
١	تحديد مهام الأفراد من خلال الوصف الوظيفي	ك	١	١١	٢٠	٣٥	-	٣,٣٣	٠,٨٠٥	٣
		٪	١,٥	١٦,٤	٢٩,٩	٥٢,٢	-			
٢	صياغة أنظمة ولوائح تنفيذية داخلية تتسم بالمرونة والتفاعل والوضوح	ك	١	١٥	٣١	٢٠	-	٣,٠٤	٠,٧٦٧	١٢
		٪	١,٥	٢٢,٤	٤٦,٣	٢٩,٩	-			
٣	صياغة السياسات العامة بوضوح	ك	١	١٨	٢٦	١٨	٤	٣,٠٩	٠,٩١٧	١١
		٪	١,٥	٢٦,٩	٣٨,٨	٢٦,٩	٦,٠			

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
٤	صياغة السياسات التشغيلية بوضوح	ك	-	١٦	٢٦	٢٥	-	٣,١٣	٠,٧٧٦	٨
		٪	-	٢٣,٩	٣٨,٨	٣٧,٣	-			
٥	تحليل العمليات	ك	-	٢٣	٢٩	١٥	-	٢,٨٨	٠,٧٤٩	١٣
		٪	-	٣٤,٣	٤٣,٣	٢٢,٤	-			
٦	صياغة الإجراءات	ك	-	١٨	٢٤	٢٥	-	٣,١٠	٠,٨٠٠	١٠
		٪	-	٢٦,٩	٣٥,٨	٣٧,٣	-			
٧	التخصص وتقسيم العمل	ك	-	١٤	٢٢	٢٨	٣	٣,٣٠	٠,٨٥٣	٤
		٪	-	٢٠,٩	٣٢,٨	٤١,٨	٤,٥			
٨	التنسيق الإداري والفني	ك	-	١٤	٢٢	٢٤	٧	٣,٣٦	٠,٩٣٣	٢
		٪	-	٢٠,٩	٣٢,٨	٣٥,٨	١٠,٤			
٩	تفويض الصلاحيات	ك	١	١٦	١٩	٢٧	٤	٣,٢٥	٠,٩٤٣	٥
		٪	١,٥	٢٣,٩	٢٨,٤	٤٠,٣	٦,٠			
١٠	تصميم النماذج	ك	٣	١٠	٢٨	٢٢	٤	٣,٢١	٠,٩٣٠	٧
		٪	٤,٥	١٤,٩	٤١,٨	٣٢,٨	٦,٠			
١١	تطبيق منهج الإدارة بالأزمات	ك	-	٢٣	١٦	٢٤	٤	٣,١٣	٠,٩٦٨	٩
		٪	-	٣٤,٣	٢٣,٩	٣٥,٨	٦,٠			
١٢	تفعيل نظم المتابعة التي تضمن مثالية استخدام الموارد	ك	-	١٧	١٩	٣١	-	٣,٢١	٠,٨٢٦	٦
		٪	-	٢٥,٤	٢٨,٤	٤٦,٣	-			
١٣	تفعيل نظم الرقابة	ك	-	١٦	١٦	٢٧	٨	٣,٤٠	٠,٩٨٦	١
		٪	-	٢٣,٩	٢٣,٩	٤٠,٣	١١,٩			
المتوسط الحسابي العام								٣,١٩	٠,٧٢٥	-

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور المتعلق بالوظائف التنظيمية (٣,١٩ من ٥)، وهذا المتوسط يقع بالفئة الثالثة من المقياس المتدرج الخماسي، والتي تشير إلى درجة موافق

إلى حد ما، أي إن أفراد مجتمع الدراسة موافقون إلى حد ما على الوظائف التنظيمية.

ب- أن هناك تبايناً في درجة موافقة أفراد مجتمع الدراسة على الوظائف التنظيمية، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم ما بين (٢,٨٨ إلى ٤,٤٠)، وهذه المتوسطات تقع في الفئتين (الثالثة، الرابعة) من فئات المقياس المتدرج الخماسي واللتين تشيران إلى درجة (موافق، موافق إلى حد ما) على أداة الدراسة، حيث يتبين من النتائج الموضحة بالجدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على عبارة واحدة من العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، فقد بلغ المتوسط الحسابي لها (٣,٤٠) وهذا متوسط يقع بالفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي المتدرج والتي تشير إلى درجة موافق على أداة الدراسة، كما يوضح الجدول أعلاه أن أفراد عينة الدراسة موافقون إلى حد ما على اثنتي عشرة عبارة، من بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه العبارات ما بين (٢,٨٨ إلى ٣,٣٦)، وهذه متوسطات تقع بالفئة الثالثة من فئات المقياس الخماسي المتدرج والتي تشير إلى درجة موافق إلى حد ما على أداة الدراسة، وفيما يلي عرض لهذه العبارات:

١- جاءت العبارة رقم (١٣)، وهي «تفعيل نظم الرقابة» بالمرتبة الأولى بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٤٠ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٨٦).

٢- جاءت العبارة رقم (٨)، وهي «التنسيق الإداري والفني» بالمرتبة الثانية بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٣٦ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٣٣).

٣- جاءت العبارة رقم (١)، وهي «تحديد مهام الأفراد من خلال الوصف الوظيفي» بالمرتبة الثالثة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٣٢ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٠٥).

٤- جاءت العبارة رقم (٧)، وهي «التخصص وتقسيم العمل» بالمرتبة الرابعة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٣٠ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٥٣).

٥- جاءت العبارة رقم (٩)، وهي «تفويض الصلاحيات» بالمرتبة الخامسة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٢٥ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٤٣).

٦- جاءت العبارة رقم (١٢)، وهي «تفعيل نظم المتابعة التي تضمن مثالية استخدام الموارد» بالمرتبة السادسة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٢١ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٢٦).

٧- جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي «تصميم النماذج» بالمرتبة السابعة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٢١ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٣٠).

٨- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي «صياغة السياسات التشغيلية بوضوح» بالمرتبة الثامنة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,١٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٧٦).

٩- جاءت العبارة رقم (١١)، وهي «تطبيق منهج الإدارة بالأزمات» بالمرتبة التاسعة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,١٣ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٦٨).

١٠- جاءت العبارة رقم (٦)، وهي «صياغة الإجراءات» بالمرتبة العاشرة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,١٠ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٨٠٠).

١١- جاءت العبارة رقم (٣)، وهي «صياغة السياسات العامة بوضوح» بالمرتبة الحادية عشرة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٠٩ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩١٧).

١٢- جاءت العبارة رقم (٢)، وهي «صياغة أنظمة ولوائح تنفيذية داخلية تتسم بالمرونة والتفاعل والوضوح» بالمرتبة الثانية عشرة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٣,٠٤ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٦٧).

١٣- جاءت العبارة رقم (٥)، وهي«تحليل العمليات» بالمرتبة الثالثة عشرة بين العبارات المتعلقة بالوظائف التنظيمية، بمتوسط حسابي (٢,٨٨ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧٤٩).

٢/١/٤ السؤال الثاني:

ما هي أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

للتعرف على أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، قام الباحثان بحساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد الدراسة على هذا المحور، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢١): استجابات أفراد مجتمع الدراسة على العبارات المتعلقة بأفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية

	أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	التكرارات	النسبة	الترتيب
١	إعادة هيكلة القطاع الصحي بشكل عام	٤٩	١٠,١٧	٣
٢	إعادة صياغة الأنظمة واللوائح	٣٨	٧,٨٨	٧
٣	تطوير الأنظمة واللوائح القائمة	٥٧	١١,٨٣	١
٤	إعادة صياغة صلاحيات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	٤٤	٩,١٣	٥
٥	التحديد الدقيق لمهام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	٥٢	١٠,٧٩	٢
٦	تعريف الموظفين باختصاصات الجهاز	٤٦	٩,٥٤	٤
٧	تحديد الاختصاصات المتداخلة بصورة مبسطة وواضحة	٤٣	٨,٩٢	٦
٩	تحديث الدليل التنظيمي	٤٣	٨,٩٢	٦
١٠	تحديث الصلاحيات والاختصاصات وفقاً لتحديث الهيكل التنظيمي	٢٨	٥,٨١	٨
١٩	توحيد الإجراءات الخاصة بالعمل	٣٨	٧,٨٨	٧
٢٠	تبسيط إجراءات العمل	٤٤	٩,١٣	٥
-	المجموع	٤٨٢	٪١٠٠	-

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

١- أن (١١,٨٣٪) مـن أفراد عينة الدراسـة يرون أن (تطوير الأنظمـة واللوائح القائمة) من أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة الأولى.

٢- أن (١٠,٧٩٪) مـن أفـراد عينـة الدراسـة يـرون أن (التحديـد الدقيق لمهـام الأجهزة الحكوميـة المقدمة للخدمات الصحية) من أفضل السـبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصـات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمـات الصحية، وجاءت في المرتبة الثانية.

٣- أن (١٠,١٧٪) من أفراد عينة الدراسة يرون أن (إعادة هيكلة القطاع الصحي بشكل عام) من أفضل السـبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة الثالثة.

٤- أن (٩,٥٤٪) من أفراد عينة الدراسـة يـرون أن (تعريف الموظفين باختصاصات الجهاز) من أفضل السـبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة الرابعة.

٥- أن (٩,١٣٪) من أفراد عينة الدراسة يرون أن (إعادة صياغة صلاحيات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية- تبسـيط إجراءات العمل) من أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة الخامسة.

٦- أن (٨,٩٢٪) مـن أفراد عينة الدراسـة يرون أن (تحديـد الاختصاصات المتداخلة بصورة مبسـطة وواضحة- تحديـث الدليل التنظيمي) من أفضل السـبل التنظيمية للحد من التداخـل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة السادسة.

٧- أن (٧,٨٨٪) من أفراد عينة الدراسـة يـرون أن (إعادة صياغة الأنظمة واللوائح- توحيد الإجراءات الخاصة بالعمل) من أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة السابعة.

٨- أن (٥,٨١٪) مـن أفراد عينة الدراسـة يـرون أن (تحديث الصلاحيـات والاختصاصات وفقـاً لتحديث الهيكل التنظيمي) من أفضل السـبل التنظيميـة للحد من التداخل في الاختصاصـات بـين الأجهزة الحكومية المقدمـة للخدمات الصحية، وجـاءت في المرتبة الثامنة.

٣/١/٤ السؤال الثالث:

مـا مدى تأثير اسـتخدام التقنية في التداخـل في الاختصاصات بين الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

للتعرف على تأثير اسـتخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، قام الباحثان بحسـاب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات أفراد الدراسة على هذا المحور، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٢): استجابات أفراد مجتمع الدراسة على العبارات المتعلقة بتأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
١	تستخدم التقنية بشكل جيد في الجهاز الذي أعمل به	ك	-	٣	٢٦	٣٢	٦	٣,٦١	٠,٧١٧	٤
		٪	-	٤,٥	٣٨,٨	٤٧,٨	٩,٠			
٢	تساعد التقنية في تنسيق العمل بين الجهاز الذي أعمل به والأجهزة الصحية الحكومية الأخرى	ك	١	٨	٣٦	١٠	١٢	٣,٣٦	٠,٩٦٥	٧
		٪	١,٥	١١,٩	٥٣,٧	١٤,٩	١٧,٩			
٣	تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على سرعة اتخاذ القرار	ك	-	٧	١٩	٢٧	١٤	٣,٧٢	٠,٩١٨	٣
		٪	-	١٠,٤	٢٨,٤	٤٠,٣	٢٠,٩			

رقم العبارة	العبارة	التكرارات والنسب	درجة الموافقة					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
			غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة			
٤	يقلل استخدام التقنية المتطورة من المستويات الإدارية في الجهاز الذي أعمل به	ك	-	١٢	٢٢	٢٢	١١	٣,٤٨	٠,٩٧٥	٦
		٪	-	١٧,٩	٣٢,٨	٣٢,٨	١٦,٤			
٥	تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على تبسيط إجراءات العمل	ك	-	٧	١٥	٢٤	٢١	٣,٨٨	٠,٩٧٧	١
		٪	-	١٠,٤	٢٢,٤	٣٥,٨	٣١,٣			
٦	تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على الحد من التكاليف المالية	ك	-	٥	٢٨	١٣	٢١	٣,٧٥	٠,٩٩٠	٢
		٪	-	٧,٥	٤١,٨	١٩,٤	٣١,٣			
٧	تقلل التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به من تعقيدات الهيكل التنظيمي	ك	٣	٨	١٦	٢٥	١٥	٣,٦١	١,١٠٠	٥
		٪	٤,٥	١١,٩	٢٣,٩	٣٧,٣	٢٢,٤			
المتوسط الحسابي العام								٣,٦٣	٠,٧٤٤	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أ- بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور المتعلق بتأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية (٣,٦٣ من ٥)، وهذا المتوسط يقع بالفئة الرابعة من المقياس المتدرج الخماسي، والتي تشير إلى درجة موافق، أي إن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على تأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

ب- أن هناك تقارباً في درجة موافقة أفراد مجتمع الدراسة على تأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم ما بين (٣,٣٦ إلى ٣,٨٨) وهذه المتوسطات تقع في الفئتين (الثالثة، الرابعة) من فئات المقياس المتدرج الخماسي واللتين تشيران إلى درجة (موافق، موافق إلى حد ما) على أداة الدراسة، حيث يتبين من النتائج الموضحة بالجدول أعلاه أن

أفراد مجتمع الدراســة موافقون على ست عبارات من العبارات المتعلقة بتأثير التقنية، فقد تراوحت المتوســطات الحســابية لهذه العبــارات ما بــين (٣,٤٨ إلى ٣,٨٨) وهذه متوسطات تقع بالفئة الرابعة من فئات المقياس الخماسي المتدرج والتي تشير إلى درجة موافق على أداة الدراسة وفيما يلي عرض لهذه العبارات:

١- جاءت العبارة رقم (٥)، وهي «تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على تبسيط إجراءات العمل» بالمرتبة الأولى بين العبارات المتعلقة بتأثير استخدام التقنية في التداخــل في الاختصاصــات بين الأجهــزة الحكومية المقدمــة للخدمات الصحية، بمتوسط حسابي (٣,٨٨ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٧٧).

٢- جــاءت العبارة رقم (٦)، وهي «تســاعد التقنية الموجــودة في الجهاز الذي أعمل به على الحد من التكاليف المالية» بالمرتبة الثانية بين العبارات المتعلقة بتأثير استخدام التقنيــة في التداخــل في الاختصاصــات بين الأجهــزة الحكومية المقدمــة للخدمات الصحية، بمتوسط حسابي (٣,٧٥ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٩٠).

٣- جاءت العبارة رقم (٣)، وهي «تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على سرعة اتخاذ القرار» بالمرتبة الثالثة بين العبارات المتعلقة بتأثير اســتخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، بمتوسط حسابي (٣,٧٢ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩١٨).

٤- جاءت العبارة رقم (١)، وهي «تســتخدم التقنية بشــكل جيد في الجهاز الذي أعمل بــه» بالمرتبة الرابعة بين العبــارات المتعلقة بتأثير اســتخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، بمتوســط حســابي (٣,٦١ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٧١٧).

٥- جــاءت العبارة رقم (٧)، وهي «تقلل التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به من تعقيدات الهيكل التنظيمي» بالمرتبة الخامسة بين العبارات المتعلقة بتأثير استخدام التقنيــة في التداخــل في الاختصاصــات بين الأجهــزة الحكومية المقدمــة للخدمات الصحية، بمتوسط حسابي (٣,٦١ من ٥)، وانحراف معياري (١,١٠٠).

٦- جاءت العبارة رقم (٤)، وهي «يقلل استخدام التقنية المتطورة من المستويات الإدارية

في الجهاز الذي أعمل به» بالمرتبة السادســة بين العبارات المتعلقة بتأثير اســتخدام التقنيــة في التداخــل في الاختصاصــات بين الأجهــزة الحكومية المقدمــة للخدمات الصحية، بمتوسط حسابي (٣,٤٨ من ٥)، وانحراف معياري (٠,٩٧٥).

كــما يتبين مــن الجدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراســة موافقون إلى حد ما على عبارة واحدة من العبارات المتعلقة بتأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكوميــة المقدمــة للخدمات الصحية، وهــي العبارة رقم (٢) والتي تنص على «تســاعد التقنية في تنســيق العمل بين الجهاز الذي أعمل بــه والأجهزة الصحية الحكومية الأخرى» فقد بلغ المتوسط الحسابي لها (٣,٣٦) وبلغ انحرافها المعياري (٠,٩٦٥).

٤/١/٤ السؤال الرابع:

ما هي أفضل ســبل التقنية للحد من التداخــل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية؟

للتعــرف على أفضل ســبل التقنيــة للحد من التداخــل في الاختصاصات بــين الأجهزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية، قام الباحثان بحســاب التكرارات والنســب المئوية لاستجابات أفراد الدراسة على هذا المحور، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٣): التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على أفضل سبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية

	أفضل سبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	التكرارات	النسبة	الترتيب
١٢	تطبيق الملف الصحي الموحد	٥٠	٣١,٦٥	٢
١٣	تطبيق الحكومة الإلكترونية	٥٨	٣٦,٧١	١
١٤	صياغة أهداف الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في شكل نتائج محددة قابلة للقياس الكمي	٥٠	٣١,٦٥	٢
-	المجموع	١٥٨	١٠٠	-

يتضح من الجدول السابق الخاص أن (٣٦,٧١٪) من أفراد عينة الدراسة يرون أن (تطبيق الحكومة الإلكترونية) يعتبر من أفضل السبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وجاءت في المرتبة الأولى، في حين تساوى نسبة أفراد عينة الدراسة التي يرون أن (تطبيق الملف الصحي الموحد) من أفضل سبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، مع أفراد عينة الدراسة التي يرون أن (صياغة أهداف الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في شكل نتائج محددة قابلة للقياس الكمي) من أفضل سبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، بنسبة بلغت (٣١,٦٥٪) لكل منهما وجاءت في المرتبة الثانية.

٥/١/٤ السؤال الخامس:

ماهي أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين؟

وللتعرف على أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين، قام الباحثان بحساب التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد الدراسة على هذا المحور، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٤): التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين

	أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين	التكرارات	النسبة	الترتيب
٨	إنشاء هيئة متخصصة تتولى مهمة الفصل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	٣٨	١٤,٧٣	٥
١١	تفعيل التنسيق بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية عند تنفيذ أنشطتها	٤٣	١٦,٦٧	٣

١٥	تفعيل استخدام التقنية الحديثة في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	٤١	١٥,٨٩	٤
١٦	توحيد مقاييس الأداء بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بحسب طبيعة العمل (طبي، فني، إداري)	٤٤	١٧,٠٥	٢
١٧	مراعاة تنوع طبيعة العمل في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية (طبي، فني، إداري)	٣٦	١٣,٩٥	٦
١٨	تبني الضوابط الخاصة بالشفافية وإلزام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بتطبيقها	٥٠	١٩,٣٨	١
-	أخرى	٦	٢,٣٣	٧
-	المجموع	٢٥٨	٪١٠٠	-

يتبين من الجدول السابق ما يلي:

١- أن (٪١٩,٣٨) من أفراد عينة الدراسة يرون أن تبني الضوابط الخاصة بالشفافية وإلزام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بتطبيقها من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٢- أن (٪١٧,٠٥) من أفراد عينة الدراسة يرون أن توحيد مقاييس الأداء بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بحسب طبيعة العمل (طبي، فني، إداري) من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٣- بينما (٪١٦,٦٧) من أفراد عينة الدراسة يرون أن تفعيل التنسيق بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية عند تنفيذ أنشطتها من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٤- وكذلك وجد (٪١٥,٨٩) من أفراد عينة الدراسة أن تفعيل استخدام التقنية الحديثة في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٥- كما وجد (١٤,٧٣٪) من أفراد عينة الدراسة أن إنشاء هيئة متخصصة تتولى مهمة الفصل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٦- كــما وجد (١٣,٩٥٪) من أفراد عينة الدراســة أن مراعاة تنوع طبيعة العمل في الأجهزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية (طبي، فني، إداري) من أفضل الســبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٧- وأخــيراً وجد (٢,٣٣٪) من أفراد عينة الدراســة أن هناك ســبلاً أخــرى مهمة للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٦/١/٤ السؤال السادس:

هل هنــاك اختلاف بــين آراء المبحوثين حول متغيرات الدراســة (التنظيميــة، التقنية، التداخل في الاختصاصات) وفقاً لخصائصهم الشخصية والوظيفية؟

أولاً: الخصائص الشخصية:

١-الفروق باختلاف متغير العمر:

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوســطات إجابات أفراد عينة الدراســة حول محاور الدراســة تبعاً لاختلاف متغير العمر، استخدم الباحثان «تحليل التبايــن الأحادي» (one way Anova) لتوضيح دلالة الفروق في متوســطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير العمر، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٥): نتائج تحليل التباين الأحادي للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير العمر

<table dir="rtl">
<tr><th>المحاور</th><th>المجموعات</th><th>مجموع المربعات</th><th>درجات الحرية</th><th>متوسط المربعات</th><th>قيمة ف</th><th colspan="2">مستوى الدلالة</th></tr>
<tr><td rowspan="3">الهيكل التنظيمي</td><td>بين المجموعات</td><td>٥,٤٧٠</td><td>٤</td><td>١,٣٦٧</td><td rowspan="2">٢,٧٧٧</td><td rowspan="2">٠,٠٣٥</td><td rowspan="2">دالة*</td></tr>
<tr><td>داخل المجموعات</td><td>٣٠,٥٣٠</td><td>٦٢</td><td>٠,٤٩٢</td></tr>
<tr><td>المجموع</td><td>٣٦,٠٠٠</td><td>٦٦</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">الدليل التنظيمي</td><td>بين المجموعات</td><td>٠,٩٥٠</td><td>٤</td><td>٠,٢٣٧</td><td rowspan="2">٠,٩٣٤</td><td rowspan="2">٠,٤٥٢</td><td rowspan="2">غير دالة</td></tr>
<tr><td>داخل المجموعات</td><td>١١,٩٤٠</td><td>٤٧</td><td>٠,٢٥٤</td></tr>
<tr><td>المجموع</td><td>١٢,٨٨٩</td><td>٥١</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">دليل الصلاحيات</td><td>بين المجموعات</td><td>٠,٧٢٧</td><td>٤</td><td>٠,١٨٢</td><td rowspan="2">١,٠٣٣</td><td rowspan="2">٠,٣٩٧</td><td rowspan="2">غير دالة</td></tr>
<tr><td>داخل المجموعات</td><td>١٠,٩٠٣</td><td>٦٢</td><td>٠,١٧٦</td></tr>
<tr><td>المجموع</td><td>١١,٦٣٠</td><td>٦٦</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">الوظائف التنظيمية</td><td>بين المجموعات</td><td>٤,٠٣١</td><td>٤</td><td>١,٠٠٨</td><td rowspan="2">٢,٠٤٠</td><td rowspan="2">٠,١٠٠</td><td rowspan="2">غير دالة</td></tr>
<tr><td>داخل المجموعات</td><td>٣٠,٦٣٥</td><td>٦٢</td><td>٠,٤٩٤</td></tr>
<tr><td>المجموع</td><td>٣٤,٦٦٦</td><td>٦٦</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">العوامل التقنية</td><td>بين المجموعات</td><td>٤,١٤٩</td><td>٤</td><td>١,٠٣٧</td><td rowspan="2">١,٩٨٨</td><td rowspan="2">٠,١٠٧</td><td rowspan="2">غير دالة</td></tr>
<tr><td>داخل المجموعات</td><td>٣٢,٣٤٤</td><td>٦٢</td><td>٠,٥٢٢</td></tr>
<tr><td>المجموع</td><td>٣٦,٤٩٢</td><td>٦٦</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

*فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الدليل التنظيمي- دليل الصلاحيات- الوظائف التنظيمية- العوامل التقنية) باختلاف متغير العمر، حيث بلغت قيم مستويات الدلالة (٠,٤٥٢- ٠,٣٩٧-٠,١٠٠-٠,١٠٧) وجميعها قيم أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المحاور باختلاف متغير العمر. بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي)، باختلاف متغير العمر، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٠٣٥) وهي قيمة أقل من (٠,٠٥) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في محور الهيكل التنظيمي باختلاف متغير العمر، كما يوضح الجدول التالي متوسطات إجابات أفراد العينة حول محور الهيكل التنظيمي باختلاف متغير الفئة العمرية.

جدول رقم (٢٦): متوسطات إجابات أفراد العينة باختلاف الفئات العمرية

محور الدراسة	العمر	ن	المتوسط الحسابي
الهيكل التنظيمي	أقل من ٣٠ سنة	٣	٣,١١
	من ٣٠- أقل من ٤٠ سنة	٢٤	٣,١٩
	من ٤٠- أقل من٥٠ سنة	٣٠	٣,١٢
	من ٥٠- أقل من ٦٠ سنة	٩	٣,٩٧
	٦٠ سنة فأكثر	١	٣,٦٧

* فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول محور الهيكل التنظيمي باختلاف متغير العمر، ومن خلال المتوسطات الحسابية الموضحة بالجدول أعلاه يتبين أن الفروق لصالح أفراد عينة الدراسة أصحاب الفئة العمرية (من ٥٠-أقل من ٦٠ سنة) وذلك لأنهم حازوا على أعلى متوسط حسابي.

٢-الفروق باختلاف متغير الجنس:

للتعـرف عـلى ما إذا كانـت هناك فروق ذات دلالـة إحصائية في متوسـطات إجابات أفراد عينة الدراسـة حول محاور الدراسـة تبعاً لاختلاف متغير الجنس، اسـتخدم الباحثان اختبار (ت) لعينتين مسـتقلتين (independent sample t-test) لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٧): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة باختلاف متغير الجنس

محاور الدراسة	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الهيكل التنظيمي	ذكر	٦٤	٣,٢٩٢٤	٧٤٥٨١.	٦,٢٠١	٠,٠١
	أنثى	٣	٢,٧١٤٣	٠٠٠٠٠.		
الدليل التنظيمي	ذكر	٤٩	٣,٢٩٢٤	٥١٦٧٠.	-٢,١٩٧	٠,٠٣
	أنثى	٣	٣,٤٥٤٥	٠٠٠٠٠.		
دليل الصلاحيات	ذكر	٦٤	٣,٤٣٩٥	٤٢٧٨٢.	-٣,٤٧٠	٠,٠١
	أنثى	٣	٣,٦٢٥٠	٠٠٠٠٠.		
الوظائف التنظيمية	ذكر	٦٤	٣,٢٠٤٣	٧٣٧٨٥.	٣,٨٨٣	٠,٠١
	أنثى	٣	٢,٨٤٦٢	٠٠٠٠٠.		
العوامل التقنية	ذكر	٦٤	٣,٥٩٨٢	٧٤٦٨٢.	-٧,٣٦٥	٠,٠١
	أنثى	٣	٤,٢٨٥٧	٠٠٠٠٠.		

* فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضـح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مسـتوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي- الدليل التنظيمي- دليل الصلاحيات-الوظائف التنظيمية- العوامل التقنية) باختلاف متغير الجنس، حيث بلغت قيم مسـتويات الدلالة (٠,٠١-٠,٠٣-٠,٠١-٠,٠١-٠,٠١) وجميعها قيم أقل من (٠,٠٥)؛ مـما يدل عـلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هـذه المحاور باختلاف متغير الجنس.

٣- الفروق باختلاف متغير المؤهل العلمي:

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوســطات إجابات أفراد عينة الدراســة حول محاور الدراسة تبعاً لاختلاف متغير المؤهل العلمي، استخدم الباحثان اختبار (ت) لعينتين مســتقلتين (independent sample t-test) لتوضيح دلالة الفروق في متوســطات إجابات أفراد عينة الدراســة طبقاً إلى اختلاف متغــير المؤهل العلمي، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٨): نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين (independent sample t-test) للفروق بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة باختلاف متغير المؤهل العلمي

محاور الدراسة	المؤهل العلمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الهيكل التنظيمي	دراسات عليا	٥١	٣,٤٥٠٠	٦٩٣١٠.	٤,٤٨٤	٠,٠١
	بكالوريوس	١٦	٢,٦٨١٥	٥٦٤٩٧.		
الدليل التنظيمي	دراسات عليا	٣٨	٣,٣٤٩٣	٤٥٣٠٨.	٠,٩٧٦	٠,٣٤٢
	بكالوريوس	١٤	٣,١٧٢٧	٦١٨٦٢.		
دليل الصلاحيات	دراسات عليا	٥١	٣,٤٦٠٨	٤٥٧٢٣.	٠,٥٨٠	٠,٥٦٥
	بكالوريوس	١٦	٣,٤٠٦٣	٢٧٥٧٦.		
الوظائف التنظيمية	دراسات عليا	٥١	٣,١٥٥٤	٧٩١٠٠.	٠,٨٦٥-	٠,٣٩١
	بكالوريوس	١٦	٣,٢٩٣٣	٤٥٨٣٠.		
العوامل التقنية	دراسات عليا	٥١	٣,٧١٧١	٧٢٩٢٧.	١,٧٤٣	٠,٠٩٤
	بكالوريوس	١٦	٣,٣٤٨٢	٧٤١٣٣.		

*فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الدليل التنظيمي- دليل الصلاحيات - الوظائف التنظيمية - العوامل التقنية) باختلاف متغير المؤهل العلمي، حيث بلغت قيم مستويات الدلالة (٠,٣٤٢-٠,٥٦٥-٠,٣٩١-٠,٠٩٤) وجميعها قيم أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المحاور باختلاف متغير المؤهل العلمي. بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي)، باختلاف متغير المؤهل العلمي، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٠١)، وهي قيمة أقل من (٠,٠٥)؛ مما يدل على وجود فروق في محور الهيكل التنظيمي باختلاف متغير المؤهل العلمي، ومن خلال المتوسطات الحسابية تبين أن الفروق جاءت لصالح أفراد عينة الدراسة الذين مؤهلهم العلمي دراسات عليا.

ثانياً: الخصائص الوظيفية:

١- الفروق باختلاف متغير التخصص:

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تبعاً لاختلاف متغير التخصص، استخدم الباحثان «تحليل التباين الأحادي»(one way Anova) لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير التخصص، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٢٩): نتائج «تحليل التباين الأحادي» (one way ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير التخصص

المحاور	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الهيكل التنظيمي	بين المجموعات	٢,٩٥٣	٢	١,٤٧٧	٢,٨٦٠	٠,٠٦٥	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٣,٠٤٧	٦٤	٠,٥١٦			
	المجموع	٣٦,٠٠٠	٦٦				
الدليل التنظيمي	بين المجموعات	٠,٢١٦	٢	٠,١٠٨	٠,٤١٨	٠,٦٦١	غير دالة
	داخل المجموعات	١٢,٦٧٣	٤٩	٠,٢٥٩			
	المجموع	١٢,٨٨٩	٥١				
دليل الصلاحيات	بين المجموعات	٠,٠٢٨	٢	٠,٠١٤	٠,٠٧٨	٠,٩٢٥	غير دالة
	داخل المجموعات	١١,٦٠١	٦٤	٠,١٨١			
	المجموع	١١,٦٣٠	٦٦				
الوظائف التنظيمية	بين المجموعات	١,٥٤١	٢	٠,٧٧٠	١,٤٨٩	٠,٢٣٣	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٣,١٢٥	٦٤	٠,٥١٨			
	المجموع	٣٤,٦٦٦	٦٦				
العوامل التقنية	بين المجموعات	٠,٨٨٤	٢	٠,٤٤٢	٠,٧٩٥	٠,٤٥٦	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٥,٦٠٨	٦٤	٠,٥٥٦			
	المجموع	٣٦,٤٩٢	٦٦				

* فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي - الدليل التنظيمي - دليل الصلاحيات - الوظائف التنظيمية - العوامل التقنية) باختلاف متغير التخصص، حيث بلغت قيم مستويات الدلالة (٠,٠٦٥- ٠,٦٦١- ٠,٩٢٥-٠,٢٣٣-٠,٤٥٦) وجميعها قيم أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المحاور باختلاف متغير التخصص.

٢- الفروق باختلاف متغير سنوات الخبرة:

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تبعاً لاختلاف متغير سنوات الخبرة، استخدم الباحثان «تحليل التباين الأحادي»(one way Anova) لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير سنوات الخبرة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٣٠): نتائج «تحليل التباين الأحادي» (one way ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير سنوات الخبرة

المحاور	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الهيكل التنظيمي	بين المجموعات	٢,٢٢٣	٤	٠,٥٥٦	١,٠٢٠	٠,٤٠٤	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٣,٧٧٧	٦٢	٠,٥٤٥			
	المجموع	٣٦,٠٠٠	٦٦				

الدليل التنظيمي	بين المجموعات	٤,٤٠٤	٤	١,١٠١	٦,٠٩٨	٠,٠١٠	دالة
	داخل المجموعات	٨,٤٨٦	٤٧	٠,١٨١			
	المجموع	١٢,٨٨٩	٥١				
دليل الصلاحيات	بين المجموعات	٠,٩٨٥	٤	٠,٢٤٦	١,٤٣٤	٠,٢٣٣	غير دالة
	داخل المجموعات	١٠,٦٤٥	٦٢	٠,١٧٢			
	المجموع	١١,٦٣٠	٦٦				
الوظائف التنظيمية	بين المجموعات	٤,١٠٨	٤	١,٠٢٧	٢,٠٨٤	٠,٠٩٤	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٠,٥٥٨	٦٢	٠,٤٩٣			
	المجموع	٣٤,٦٦٦	٦٦				
العوامل التقنية	بين المجموعات	٤,٢٧٦	٤	١,٠٦٩	٢,٠٥٧	٠,٠٩٧	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٢,٢١٦	٦٢	٠,٥٢٠			
	المجموع	٣٦,٤٩٢	٦٦				

*فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي- دليل الصلاحيات- الوظائف التنظيمية- العوامل التقنية) باختلاف متغير سنوات الخبرة، حيث بلغت قيم مستويات الدلالة (٠,٤٠٤-٠,٢٣٣-٠,٠٩٤-٠,٠٩٧) وجميعها قيم أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المحاور باختلاف متغير

ســنوات الخبرة. بينما يتضح من خلال النتائج الموضحــة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الدليل التنظيمي)، باختلاف متغير سنوات الخبرة، حيث بلغت قيمة مستوى الدلالة (٠,٠١) وهي قيمــة أقل مــن (٠,٠٥) مما يدل على وجود فــروق ذات دلالة إحصائيــة في محور الدليل التنظيمــي باختلاف متغير ســنوات الخــبرة، ولتحديد صالح الفــروق في كل فئة من فئات ســنوات الخبرة نحو الاتجاه حول هذا المحور، اســتخدم الباحثان متوسطات إجابات أفراد العينة حول فئات سنوات الخبرة، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٣١): متوسطات إجابات أفراد العينة باختلاف فئات سنوات الخبرة

محور الدراسة	سنوات الخبرة	ن	المتوسط الحسابي
الدليل التنظيمي	أقل من ٥ سنوات	١	٣,١٨
	٥- أقل من ١٠ سنوات	٧	٣,٦١
	١٠- أقل من ١٥ سنة	١٢	٣,٠٥
	١٥- أقل من٢٠ سنة	٩	٢,٨٥
	٢٠ سنة فأكثر	٢٣	٣,٥٢

* فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضــح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراســة حول محــور الدليل التنظيمي باختلاف متغير ســنوات الخبرة، ومن خلال المتوسطات الحســابية الموضحة بالجدول أعلاه يتبين أن الفروق لصالح أفراد عينة الدراســة التي عدد ســنوات خبرتهم (٢٠ ســنة فأكثر)؛ وذلك لأنهم حازوا على أعلى متوسط حسابي. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة جابر (٢٠١٠) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى الدلالــة (α ≤٠,٠٥) في تقدير المبحوثين لمستوى التداخل والازدواجية في اختصاصات الأجهزة الرقابية تعزى إلى سنوات الخدمة.

٣- الفروق باختلاف متغير نطاق الإشراف (عدد الموظفين الذين تشرف عليهم):

للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة حول محاور الدراسة تبعاً لاختلاف متغير نطاق الإشراف (عدد الموظفين الذين تشرف عليهم) استخدم الباحثان «تحليل التباين الأحادي» (one way Anova) لتوضيح دلالة الفروق في متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير نطاق الإشراف (عدد الموظفين الذين تشرف عليهم) وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٣٢): نتائج «تحليل التباين الأحادي» (One Way ANOVA) للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير نطاق الإشراف (عدد الموظفين الذين تشرف عليهم)

المحاور	المجموعات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	
الهيكل التنظيمي	بين المجموعات	٧,٤٧١	٣	٢,٤٩٠	٥,٤٩٩	٠,٠١٢	دالة
	داخل المجموعات	٢٨,٥٣٠	٦٣	٠,٤٥٣			
	المجموع	٣٦,٠٠٠	٦٦				
الدليل التنظيمي	بين المجموعات	١,٤٢٥	٣	٠,٤٧٥	١,٩٨٩	٠,١٢٨	غير دالة
	داخل المجموعات	١١,٤٦٥	٤٨	٠,٢٣٩			
	المجموع	١٢,٨٨٩	٥١				
دليل الصلاحيات	بين المجموعات	٠٤٢.	٣	٠,٠١٤	٠,٠٧٦	٠,٩٧٣	غير دالة
	داخل المجموعات	١١,٥٨٨	٦٣	٠,١٨٤			
	المجموع	١١,٦٣٠	٦٦				

الوظائف التنظيمية	بين المجموعات	٦,٩٤١	٣	٢,٣١٤	٥,٢٥٨	٠,٠١٣	دالة
	داخل المجموعات	٢٧,٧٢٥	٦٣	٠,٤٤٠			
	المجموع	٣٤,٦٦٦	٦٦				
العوامل التقنية	بين المجموعات	١,٩٧٥	٣	٠,٦٥٨	١,٢٠١	٠,٣١٧	غير دالة
	داخل المجموعات	٣٤,٥١٨	٦٣	٠,٥٤٨			
	المجموع	٣٦,٤٩٢	٦٦				

*فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الدليل التنظيمي- دليل الصلاحيات - العوامل التقنية) باختلاف متغير نطاق الإشراف، حيث بلغت قيم مستويات الدلالة (٠,١٢٨-٠,٩٧٣-٠,٣١٧) وجميعها قيم أكبر من (٠,٠٥)؛ مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في هذه المحاور باختلاف متغير نطاق الإشراف. بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي- الوظائف التنظيمية)، باختلاف متغير نطاق الإشراف، حيث بلغت قيم مستويات الدلالة (٠,٠١٢- ٠,٠١٣) وهي قيم أقل من (٠,٠٥)؛ مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الهيكل التنظيمي- الوظائف التنظيمية)، باختلاف متغير نطاق الإشراف، والجدول التالي يوضح متوسطات إجابات أفراد العينة باختلاف متغير نطاق الإشراف.

جدول رقم (٣٣): متوسطات إجابات أفراد العينة باختلاف نطاق الإشراف

محور الدراسة	نطاق الإشراف	ن	المتوسط الحسابي
الهيكل التنظيمي	أقل من ١٠ موظفين	١٤	٣,١٥
	من ١٠-١٥ موظفاً	٦	٢,٣١
	من ١٦-٢٠ موظفاً	٣	٣,٨٦
	أكثر من ٢٠ موظفاً	٤٤	٣,٤٠
الوظائف التنظيمية	أقل من ١٠ موظفين	١٤	٢,٧٠
	من ١٠-١٥ موظفاً	٦	٣,٤٢
	من ١٦-٢٠ موظفاً	٣	٢,٣٩
	أكثر من ٢٠ موظفاً	٤٤	٣,٣٧

* فروق دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل.

يتضـح من خلال النتائج الموضحة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول محور (الهيكل التنظيمي) باختلاف متغير نطاق الإشراف، ومن خلال المتوســطات الحســابية الموضحة بالجدول أعلاه يتبين أن الفروق لصالح أفراد عينة الدراســة التي عدد الموظفين الذين يشرفون عليهم (من ١٦-٢٠ موظفاً)؛ وذلك لأنهم حازوا على أعلى متوسط حسابي. كما يتضح من خلال النتائج الموضحــة بالجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالة ٠,٠٥ فأقل في اتجاهات أفراد عينة الدراســة حول محور (الوظائــف التنظيمية) باختلاف متغير نطاق الإشراف، ومن خلال المتوسطات الحسابية الموضحة بالجدول أعلاه يتبين أن الفروق لصالح أفراد عينة الدراســة التي عدد الموظفين الذين يشرفون عليهم (من ١٠-١٥ موظفاً)؛ وذلك لأنهم حازوا على أعلى متوسط حسابي.

٢/٤ تحليل البيانات النوعية (المقابلات الشخصية):

تم إجراء المقابلات الشخصية مع عشرة مسئولين في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، ويشــمل هذا الجزء اســتعراضاً وتحليلاً لأثر كل من العوامــل التنظيمية والتقنية والعوامــل الأخرى عــلى التداخل في الصلاحيات بــين الأجهزة المقدمــة للخدمات الصحية وأفضل السبل لمعالجة ذلك، وفيما يلي أبرز ما تم رصده في المقابلات الشخصية:

١/٢/٤ تأثير العوامل التنظيمية:

يـرى المبحوث (٤) * بأن العوامـل التنظيمية «مهمة جداً في تطويـر الخدمة الصحية، فكلـما تم وضع تشريعات وأنظمة واضحة لجميع الجهات بحيث يتم متابعة تنفيذها من جهات رقابية صارمة فإن ذلك سـيؤدي لا محالة إلى وقف الهدر سواء كان ذلك في الكوادر أو الإمكانيات لدى مقدمي الخدمة الصحية». كما أكد ذلك المبحوث (٦)* على أنه بالرغم من «أن البناء التنظيمي لكل جهاز صحي حكومي يعتبر مسـتقلاً إلى حد كبير سواء هياكل أو أدلـة تنظيمية»، لكننا نجد التداخل في نطاق «الخدمـات المقدمة وأهلية العلاج فنجد قطاعـاً صحياً معيناً يقدم الخدمة على جميع المسـتويات الصحية (المتمثلة في مراكز رعاية صحية أولية، أو مستشفيات عامة حكومية، أو مستشفيات تخصصية)، وقطاعاً آخر يتداخل معـه في المنطقـة أو الحـي، وتجد أن المريض لديـه أهلية علاج في أكثر مـن قطاع صحي وبالتالي لا يوجد آلية تواصل بين مقدمي الخدمة للمريض الذي يحمل أكثر من ملف طبي؛ مما يكون له أثر سـلبي على سـلامة المريض، ويتسـبب في هدر كبير للموارد في القطاعات الصحيـة مثل صرف كميات أدويـة، زيادة في عدد الملفات، زيادة عـدد المواعيد للطبيب، زيادة في وقت الانتظار وإجراء التحاليل وغيرها». بينما يرى المبحوث (٢)* بأن «عدم وجود هيكل تنظيمي ثابت وواضح مع إصدار دليل صلاحيات بشـكل دوري يسـبب التداخل في الصلاحيات بين الإدارات». كما يؤكد ذلك المبحوث (٣) * بأن «الخلل في العوامل التنظيمية يؤدي للازدواجية والتداخل غير المفيد لتقديم الخدمة».

كما يؤكد المبحوث (٥)* بأن «عدم قيام المجلس الصحي السـعودي بالدور الذي أنشئ من أجله منذ عدة سنوات وعدم تفعيله وانعدام دوره القيادي كمجلس للخدمات الصحية الحكوميـة والخاصـة يعتبر أهم عامل تنظيمي تسـبب في تداخـل الاختصاصات وتصارع مصالح واهتمامات مقدمي الخدمات الصحية الحكومية». كما أشـار لذلك المبحوث (١) * بـأن مكونات القطاع الصحي «مرتبطة حالياً بمعالي وزير الصحة، فهو يرأس مجالس إدارتها وليسـت مرتبطة تنظيمياً بوزارة الصحة وهي تقدم خدمـات كالجهات الأخرى التي تقدم خدمات صحية مدنية كانت أم عسـكرية». وحالياً فـإن معالي وزير الصحة يرأس مجلس أمناء الهيئة السـعودية للتخصصات الصحية، وهذه الهيئة لا ترتبط تنظيمياً بوزارة الصحة.

وكذلــك فإن معــالي وزير الصحة يرأس مجلس الضمان الصحــي التعاوني كما يرأس معاليه المجلس الصحي الســعودي. وصدر مؤخراً قرار مجلس الوزراء بالموافقة على تعديل تنظيم هيئــة الهلال الأحمر الســعودي بحيث ترتبط تنظيمياً بمعالي وزيــر الصحة بدلاً من ربطها برئيــس مجلس الــوزراء. يضاف إلى ذلك أن معالي وزير الصحة يــرأس حالياً مجلس إدارة الهيئــة العامة للغذاء والدواء». وأكد المبحوث (١)* إلى أنه «على الرغم من الحيادية التي يحــاول معــالي وزير الصحة تبنيها عند ممارســته قيادة الجهــات إلا أن تأثير وزارة الصحة يطغى على الجهات الأخرى» وأعطى مثالاً على ذلك بأن «لوزارة الصحة وللمجلس الصحي السعودي صلاحيات خاصة بكل منهما، وبما أن معالي وزير الصحة يرأس هاتين الجهتين فلا مجال من وجود التداخل والتعارض فيما بينهما».

كما ذكر المبحوث (١)* أمثلة على تأثير العوامل التنظيمية في «موضوع الإنشاءات، حيث إن الجهات الصحية العســكرية لا ترجع للمجلس الصحي السعودي للحصول على موافقة بإنشــاء قطاعات صحية» على الرغم من أن جميع المشاريع الصحية يتم الإنفاق عليها من وزارة المالية؛ مما يتسبب في وجود هدر مالي على المستوى الوطني، حيث ذكر بأنه «يوجد مستشــفيات تكلف إنشــاؤها على الدولة مبالغ طائلة ولا يتعدى نســبة تشغيلها ٣٠٪ ولم يتم دراســة توزيع مقدمي الخدمة الصحية جغرافياً بشــكل جيــد ولم يتم أخذ التجمعات الســكانية في خطط التنمية بالحسبان». كما يشــير المبحوث (٩) * إلى أنه يوجد ازدواجية وتداخــل بين الأجهزة الصحية الحكومية تتمثل في «نشــاطات التدريــب والتعليم الصحي والأبحاث الصحية. وتقوم عدة أجهزة حكومية بممارســة هذا الدور في الوقت الحاضر مثل وزارة الصحة وهيئة الهلال الأحمر الســعودي بالإضافة إلى الجامعات الســعودية من خلال كليات الطب وكليات العلوم التطبيقية المساعدة».

٢/٢/٤ أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الصلاحيات:

يعتقد المبحوث (١٠)* بأن «تقســيم الاختصاصات بــين الأجهزة الحكومية الصحية بناءً على نوعية المســتفيدين وليس على نوعية التغطية الصحية المطلوبة واستمراريتها بين هذه الأجهزة حســب الحاجــة وبحيث لا يتم انقطاعها»، ذلك يجعــل كل جهة حكومية تكثف الخدمات وتطورها بشــكل رأسي لأنه «يوجد انقطاعات في استمرارية تقديم الخدمة لعدم

شـــمول بعضها لدى نفس الجهة بسبب الاختصاص أو التوزيع الجغرافي المتبع لدى الجهة». كما يؤكد ذلك المبحوث (٢)* أن أفضل السبل لتلافي التداخل في الاختصاصات يتم من خلال «تبني توزيع اختصاصات الأجهــزة الحكومية بناءً على نوعية الخدمات والتغطية المطلوبة للمســتفيدين بحيث تقدم الخدمات بشــكل تكاملي دون انقطاع في الخدمة لكل مستفيد بين الأجهزة ومســتويات الخدمات فيها وفي غيرها». ويتفــق معه في هذا الطرح المبحوث رقــم (٦)* الذي يرى «بأن يتم تحديــد نطاق خدمات لكل مقدم خدمة من خلال المجلس الصحي الســعودي، حيث ذكر مثال دور هيئة الهلال الأحمر الســعودي وتقديم الخدمات الإســعافية الذي يتداخل مع مقدمي الخدمة ويتسبب في حدوث لبس، كذلك لدى متلقي الخدمة من المستفيدين». كما أن تحديد التخصصات لكل قطاع سوف يساعد في تخصيص وتوفــير الموارد للقطاع بشــكل جيد، ومثال ذلك تخصص أمراض القلــب والأوعية الدموية وعلاقته بتخصص الإصابات والحوادث، ووضع نظام أهلية علاج محددة، ونظام إحالة شامل ومتكامل بمحددات تنظيمية واضحة، وهذا الطرح ينســجم مع رأي المبحوث (٣)* بضرورة «توحيد الآليات لتقديم الخدمة وإلزام جميع الجهات بها» كما ذكر المبحوث رقم (٦) *.

ويــرى المبحــوث (١) * بأن «دور المجلس الصحي الســعودي غير مفعل بســبب عدم الاســتقلالية التنظيميــة؛ ولذلك فلم يحقــق المجلس الصحي الســعودي المأمول منه، وإن اســتقلالية المجلس الصحي السعودي سوف تساعد المجلس على تولي أدوار أوسع في مجال التنظيــم والإشراف والرقابة على جودة الأداء وضمان الســلامة وكفاءة التعامل مع الأخطاء الطبية، ووضع مؤشرات للمقارنة بين أداء مختلف القطاعات الصحية». كما يؤكد على ذلك المبحوث (٥)* «بضرورة تفعيل دور المجلس الصحي الســعودي وتدعيم دوره القيادي من خلال تقوية إلزامية قراراته التنسيقية للخدمات الصحية وربط موازنات القطاعات الصحية بمدى تنفيذها لتوصيات وقرارات المجلس الصحي الســعودي». وكذلك يرى المبحوث رقم (٦)* بأن «تفعيل دور المجلس الصحي الســعودي وبناء إســتراتيجية وسياســات تحد من التداخل والازدواجية تقرها القطاعات من خلال مظلة المجلس». وأشار المبحوث (٥)* أننا بحاجة إلى التركيز والتفعيل والتحديث والتطوير المستمر للمجلس الصحي السعودي القائم وإعادة تشــكيله تنظيميــاً وإدارياً وبشرياً ومادياً ليتماشى مع رؤيــة ٢٠٣٠ وبرامج التحول الخمسية الثلاثة إلى ٢٠٢٠و إلى ٢٠٢٥ وإلى ٢٠٣٠ المرحلة الحالية والمستقبلية والتي تتطلب

وبشــكل ملّح مواكبتها والتخطيط العلمي والإستراتيجي لها دون مجاملات لمصالح شخصية أو قطاع خاص أو شركات تأمين همها جلب الأموال وتصديرها لبنوك إعادة التأمين العالمية، وهدم النظام الصحي السعودي تدريجياً حتى تحول الإنسان إلى سلعة لدى القطاع الصحي الخــاص الربحي». كما أشــار إلى أننــا بحاجة إلى «تغليب مصلحة صحــة المواطن والمقيم والزائــر نظامياً والحفاظ عليها وضمان تقديمها لجميع الأعــمار مجاناً والبحث عن مصادر تمويل متنوعة تدار بكفاءة وفعالية عاليتين».

ويشــير المبحوث (٥)* بأننا لســنا في حاجــة «للترهل التنظيمي وســن التنظيمات تلو التنظيمات دون تفعيل ومتابعة، وما نحتاجه هو تفعيل المجلس وضخ دماء مؤهلة وفاعلة وواعــده ومتمكنة لقيادة الدور التنظيمي التنســيقي القيادي لقطاعات مقدمي الخدمات الصحية المختلفة». ويعتقد ذلك المبحوث (١)* بأن « هناك أجهزة مهمة عدة يشرف عليها المجلس الصحي السعودي ويفترض أن تقوم بمهمات رقابية وتنظيمية ومنها المركز السعودي لاعتماد المنشآت الصحية والمركز الوطني لسلامة المرضى والمركز الوطني للمعلومات الصحية ومركز البحوث والدراسات الصحية. تلك الأجهزة لم تقم بعملها كما ينبغي وتأثيرها محدود في ضبط مستوى الخدمات الصحية والرقابة والتقويم». بينما يقترح المبحوث (٨)* بأن يتم «إنشاء مجلس وطني على مستوى عال تكون من مهامه تنسيق الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وتوزيع الخدمات الطبية المتقدمة على أجهزة القطاع الصحي المختلفة بما يتلاءم مع توفر الإمكانات المادية والبشرية فيها؛ تلافياً للازدواجية والتنافس فيما بينها».

٣/٢/٤ تأثير العوامل التقنية:

أشــار المبحوث (٥) * إلى أن «التقنية وسيلة للتكامل وتوحيد الجهود وتقليل التكاليف ورفــع الجــودة إذا أحســن توظيفها والعكس صحيــح». بينما يرى المبحــوث (١٠) * بأن «استخدام التقنية قد قلل الى حد كبير من التداخل في الصلاحيات». كما أكد المبحوث (٣) * «أن التقنية مفتاح مهم بشرط توفر عنصر تدريب الكوادر البشرية عليها واختيار النموذج التقني الأمثل للاستخدام بحيث لا يجد ممانعة من مقدم الخدمة المباشر لصعوبة التطبيق»

كما أن اســتخدام التقنية بشكل عام بمفهوم إدارة المعلومات ونظام المعلومات الصحية

بشــكل خاص، له دور كبير في هــذا التداخل فغياب التقنية قد يســاعد في زيادة التداخل والعكس صحيح، لذا فإن «الاستخدام الأمثل لأنظمة المعلومات ومن أهمها نظام المعلومات الصحية ســيحد من هذا التداخل، ووجود المعلومات الصحيحة وطريق إدارتها ستســهم في بناء السياســات الصحية واتخاذ القرار الصائب» حســب ما أشار المبحوث (٦)*. بينما أكد المبحــوث (٤)* بأن «توحيــد الملف الطبي لجميع المرضى يمنــع الازدواجية، كما يمنع هدر الجهــود والإمكانيات؛ لذا فإنه يجب ربط مختلف الأجهــزة الطبية والخدمات الصيدلانية لتبــادل المعلومات بين مقدمي الخدمات الصحية للتوفير والاســتفادة من تلك الأدوية قبل انتهاء صلاحيتها». ويرى المبحوث (٢)* بأن «إدارة الإحالات المرضية وتنقلات المســتفيدين بــين الأجهزة والخدمات الصحية المختلفة، يعد تحديــاً كبيراً لكل الأنظمة الصحية في العالم ولا يمكن إدارتها بشكل فعال وبكفاءة دون استخدام الحلول التقنية ومنها نظم المعلوماتية الصحية، وأفضل هذه الحلول ما كان متوافقاً شاملاً بشكل كامل مع الخدمات والتجهيزات الطبيــة وذا قاعدة ســحابية موحدة يكون الوصول إليها، متاحــاً للجميع في جميع الأماكن والأوقات».

٤/٢/٤ أفضل السبل التقنية للحد من التداخل في الصلاحيات:

يشــير المبحوث (٥)* بأنه «لا يوجد تنسيق إداري أو تقني بين مكونات القطاع الصحي على المســتوى الإســتراتيجي الوطني، والحل يكمن في تبني نظــام معلوماتية صحية وطني موحــد ذي كفاءة وفاعلية عالية». كما يؤكد ذلك المبحوث (٣)* بأن «تطبيق الملف الطبي الإلكتروني الموحد سوف يسهم في منع الازدواجية والهدر وسوف يساعد على تسهيل الوصول إلى المعلومات الصحية». لذا فلا بد من «ربط جميع مقدمي الخدمة بشــبكات فعالة يتم تحديثها بشكل مستمر» حسبما أشار المبحوث (٤)*.

ويــرى المبحوث (٦)* «أن الخارطة الصحية لمقدمي خدمــات الرعاية الصحية في المدن تكون متاحة للجميع بنظام صحي وطني محدد (الرقم الطبي الموحد لكل مواطن)، والربط الإلكــتروني بين مســتويات الرعاية الصحية (نظام إحالة بــين القطاعات الصحية مبني على التخصصات وليس فقط وزارة الصحة)». ويعتقد المبحوث (٨)* أن «اســتخدام ما يســمى بـــ «البوابة الإلكترونية» التــي تتيح إنجاز أعمال الإدارات إلكترونيــاً بالربط الإلكتروني بين

الإدارات أو الجهــات الحكومية يضمــن عدم التداخل، ومن أبرز الأمثلة ما أعلن عن الربط الإلكــتروني بــين ٤ جهات حكومية هي الــزكاة والتجارة والعمل والتأمينــات». وقد اقترح المبحوث (٦)* بأن يتم تطبيق «ملف طبي موحد مرتبط بالهوية الوطنية».

٥/٢/٤ أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات:

تــم من خلال المقابلات الشــخصية، رصد العديد من العوامــل الأخرى التي لها تأثير في التداخــل في الصلاحيات بين الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمــات الصحية، كما يمكن أن تسهم للوصول لأفضل السبل لمعالجة التداخل، وتشمل:

١- حوكمة القطاع الصحي:

يــرى المبحــوث (١)* بأن «القطــاع الصحي في المملكــة العربية الســعودية يعتبر من القطاعــات الخدميــة الحديثة، حيــث إن القطاع الصحي كمكونــات لم يكتمل بعد حيث يوجد برامج ذات علاقة بحوكمة القطاع الصحي (يشمل وزارة الصحة والجهات التابعة لها والجهات الشــقيقة لضمان الإشراف والتنظيم ورسم السياســات الصحية والرقابة المستمرة لتنفيذهــا)، واســتقلالية بعض مكونات القطاعــات عن وزارة الصحة مثــل المركز الوطني للوقايــة من الأمــراض ومكافحتهــا (Center of Disease and Control) والمركز الوطني للطب البديل والتكميلي والمختبر الصحي الوطني. واقترح المبحوث (١)* أن «يتولى المشرع مراجعــة جميع التشريعات ذات الصلة بحوكمة أجهــزة القطاع الصحي واختصاصاته ومن ثــم يتم إعداد مســودة للتشريعات المعدلــة لكي يتم عرضها على مجلس الشــورى». وفي مبادرة التحول الوطني٢٠٢٠ يوجد جزء للمواءمة القانونية ومراجعة التشريعات الموجودة أو استحداث تشريع جديد لذلك اقترح المبحوث (١)* «ضرورة مراجعة المجلد السادس من مجلد هيئة الخبراء الخاص بالأنظمة الصحية» وأشــار بأن الضمان الصحي يقع تحت مجلد الخدمات الاجتماعية حيث لا بد من «مراجعة جميع الأنظمة لفك التشابك أو سد الثغرات التشريعية حال وجودها». ولا بد من أن يتم «تعديل المادتين السادســة عشرة والســابعة عشرة من النظام الصحي الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/١١) وتاريخ ١٤٢٣/٣/٢٣هـ بهدف تعزيز استقلال المجلس الصحي السعودي عن وزارة الصحة وجميع الجهات المقدمة للرعاية

الصحية، بما يمكنه من ممارسة أدوار تنظيمية ورقابية على جميع القطاعات الصحية بما فيها وزارة الصحة». ووفق المادة ١٧ من النظام الصحي فإن على المجلس الصحي السعودي أن يتولى مهام تقييم الخدمات الصحية ووضع معايير الممارسة ومعايير الأداء المؤسسي والفردي في القطاع الصحي وقياس مستويات الجودة والسلامة في المستشفيات أو المراكز الصحية.

كما أعطى المبحوث (١)* مثالاً على ذلك بأن «المشرع المتمثل في هيئة الخبراء في مجلس الوزراء قد أقر نظام الضمان الصحي التعاوني ولم يقر نظام مجلس الضمان الصحي التعاوني؛ وذلك لأن المجلس أنشئ لغرض مؤقت حيث لم يكن المشرع متأكداً من قبول أو نجاح تطبيق الضمان الصحي كتأمين صحي للمواطنين، كما أن المشرع يعرف أن التأمين الصحي هو جزء من منظومة خدمات التأمين كغيره من سائر أنواع التأمين كالتأمين على المركبات والممتلكات والتأمين الجوي والبحري. وكانت الفكرة بأنه بعدما يتأكد المشرع من قبول النظام مجتمعياً فإنه سوف يتم إنشاء هيئة للتأمين الصحي تكون مستقلة عن وزارة الصحة. ولذلك فإن التأمين حالياً مرتبط بوزارة المالية ونظام مراقبة شركات التأمين مرتبط بمؤسسة النقد العربي السعودي (ساما) والتي تعتبر هي البنك المركزي في المملكة». وكذلك أشار المبحوث (١)* إلى أن التحديات التي يواجهها القطاع الصحي في المملكة تتمثل في «عدم بلورة القطاع كمكونات ومن ثم استقلالية بعض تلك المكونات، بالإضافة إلى نقص الإمكانيات سواء كانت بشرية أو مادية لدى بعض الجهات نظراً لحداثة إنشائها؛ أو لأنها في مرحلة نمو ولم تبلغ بعد المستوى المطلوب لتحقيق أهدافها». ومثال على ذلك حسب ما يرى المبحوث (١)* تمثل في «مسئولية التعامل في شأن الصيدليات بين هيئة الغذاء والدواء ووزارة الصحة، حيث إن وزارة الصحة تتولى الرقابة على أداء الصيدليات بحكم عدم توفر الإمكانيات البشرية لدى هيئة الغذاء والدواء للقيام بدورها الرقابي على أداء الصيدليات المنتشرة في المملكة، فالمفترض أن تقوم الهيئة بمهمة منح التراخيص للصيدليات وتقوم بتجديدها».

٢- التكامل بين الأجهزة العسكرية والمدنية في القطاع الصحي:

يشير المبحوث (٨)* إلى أن «التنسيق بين الأجهزة العسكرية والمدنية في القطاع الصحي يتم حالياً من خلال المشاركة في عدد من اللجان المهتمة بالشئون الصحية». كما يعتقد

المبحوث (٨)* بأنه «لا يوجد ما يمنع من تمكين المواطنين غير المنتسبين للسلك العسكري من الاستفادة من المرافق والخدمات التابعة للأجهزة العسكرية شريطة أن يتم وفق ضوابط وأسس صريحة وواضحة من خلال تفعيل نظام الإحالة الطبية بين المرافق الصحية المختلفة، وقبول الحالات الطارئة والمستعصية، وتبادل الكفاءات بين المرافق الصحية المدنية والعسكرية لأغراض التدريب والاستشارات الطبية بشرط ألا تكون مبنية على أسس مادية. يضاف إلى ذلك بناء الشراكات بين الخدمات الصحية بصفة عامة والخدمات الاجتماعية للوصول إلى تكامل في الاستجابة لحاجات المستفيدين من هذه الخدمات، وكذلك مع الأسرة، لتمكينها من تقديم الرعاية الصحية المنزلية لأفرادها الذين هم بحاجة لهذه الرعاية». واقترح المبحوث (٨)* ضرورة «التنسيق فيما بين الوحدات الصحية العسكرية بحيث يتم علاج العاملين في السلك العسكري في أي منشأة صحية عسكرية بصرف النظر عن القطاع العسكري الذي تتبع له تلك الوحدة». ولتفعيل آليات التنسيق والتكامل بين الخدمات الصحية المقدمة من قبل الأجهزة والوحدات العسكرية والمدنية العاملة في القطاع الصحي.

كما اقترح المبحوث (١)* بأنه «يجب تعزيز دور المجلس الصحي السعودي وتدعيمه ليصبح مسئولاً عن جميع مقدمي الخدمات الصحية من ناحية تحديد الاختصاصات». فكما أشرنا إلى أن معالي وزير الصحة يرأس المجلس الصحي السعودي إلا أن القطاعات الصحية العسكرية يكون تمثيلها في المجلس على مستوى مدير عام الشئون الصحية، أما وزارة التعليم فيمثلها نائب الوزير مما يجعل تمثيل الجهات في المجلس غير متجانس. وتتغير مواقف تلك الجهات سواء كانت مدنية أم عسكرية تجاه المواضيع الصحية حسب الموقع الوظيفي لممثل تلك الجهة في المجلس الصحي السعودي، وبهذا فإن دور المجلس الصحي السعودي يعتبر محجماً وغير فعال. ولو أخذنا القطاعات العسكرية على مستوى العالم فإنه ينحصر دور وزارة الدفاع من ناحية صحية في تقديم خدمات الطب الجوي (طب الفضاء المتعلق بالطيارين العسكريين) والطب البحري (الغواصات) والكوارث الصحية (إصابات الحروب كعلاج الكسور والحروق). أما التخصصات الأخرى كعلاج أمراض القلب، وعلاج أمراض السرطان وعلاج زراعة الأعضاء فليست من تخصص الجهات العسكرية. وليس من مهام الجهات العسكرية كذلك افتتاح عيادات رعاية صحية أولية. فيظهر جلياً أن الأجهزة الحكومية الأخرى المقدمة للخدمات الصحية تتنافس مع وزارة الصحة ولا تتكامل والمستفيد

من هذه المنافسة هم منسوبو تلك الأجهزة. وتتم تلك المنافسة من قبل الجهات الأخرى دون الاهتمام بحساب تكاليف علاج المرضى حسب أعدادهم أو حالات التنويم وعدد العمليات الجراحية ويرجع السبب لضخامة الميزانية المخصصة للأجهزة العسكرية فتكلفة السرير الواحد لديهم تبلغ مليوني ريال، بينما تبلغ تكلفة السرير العادي في وزارة الصحة ثلاثمائة ألف ريال، ويكلف السرير في مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث مليون ريال على الرغم من أن الوعاء الذي تحصل منه جميع الجهات على ميزانياتها هو وزارة المالية. وجرت العادة ألا تتدخل النظم الصحية المدنية في النظم الصحية العسكرية حيث تعتبر النظم الصحية العسكرية مكملة للنظم الصحية المدنية ولكن لا يعتمد عليها بالدرجة الأولى؛ وذلك لأن لها مهامها واختصاصاتها. يضاف إلى ذلك عدم التنسيق في التوزيع الجغرافي لمقدمي الخدمات الصحية عند إنشاء المرافق الصحية بين الأجهزة المدنية والعسكرية فتجد المرفق الصحي المدني بجانب المرفق الصحي العسكري أو المرفق الصحي التابع للأجهزة الأخرى.

* للحفاظ على سرية من تم مقابلاتهم فلقد تم إعطاء كل شخص رقم محدد.

٣/٤ مناقشة أهم نتائج البيانات الكمية (الاستبانة):

أمكن من خلال الدراسة الميدانية والإطار النظري لمعالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية وفي ضوء تحليل بيانات الاستبانة والإجابة عن أسئلة الدراسة، تم التوصل إلى أهم النتائج التالية:

أولاً: تأثير العوامل التنظيمية

أظهرت نتائج الدراسة على أن هناك تأثيراً للعوامل التنظيمية في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التداخل في الاختصاصات، والتي تشمل الهيكل التنظيمي والدليل التنظيمي ودليل الصلاحيات والوظائف التنظيمية. وفيما يلي أبرز النتائج ذات العلاقة:

١- أثبتت النتائج أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على تأثير الهيكل التنظيمي على

التداخــل في الصلاحيات بين المنظمات المقدمة للخدمات الصحية، ويعزى هذا التداخل إلى ناحيتــين: الأولى أن هناك جمــوداً وعدم مرونة في الهيــاكل التنظيمية للعديد من المنظــمات الحكوميــة المقدمــة للخدمات الصحيــة، إلى جانب المركزيــة العالية لهذه المنظمات الحكومية. ويعزى ذلك إلى العديد من الأســباب ومنها التضخم الوظيفي في الأجهــزة الحكوميــة المقدمة للخدمات الصحية، وهذا يتفق مــع ما جاء في تقرير كايد (١٩٩٩) الــذي بين أن التضخــم الوظيفي في الجهاز الحكومي بســبب غياب أو جمود الهياكل التنظيمية وتعــدد مراكز القوى يؤدي إلى تداخل في الصلاحيات. وكذلك تتفق مع دراســة نعيرات (٢٠٠٦) والتي هدفت إلى التعرف على تأثير اللامركزية الإدارية على رفع كفاءة الموظفين، وجودة الإنتاج في تقديم الخدمات الطبية من خلال تطوير الإطار التنظيمي للمؤسســة الصحية وتقديم بعض النماذج والأنماط لتطبيق أسس اللامركزية الإدارية.

ومــن ناحية ثانية التعديل غير المبرر على الهياكل التنظيمية ومن ذلك إحداث وحدات إداريــة دون أخــذ الموافقات الرســمية والتشريعية، وهذا يتفق مــع رأي العبد الجادر (٢٠٠٨) الذي أوضح أن التعديل على الهيكل التنظيمي وإنشــاء وحدات إدارية جديدة وتحديــد اختصاصاتهــا دون أخــذ موافقــة من الجهــات العليا يــؤدي إلى التداخل في الاختصاصات بين الأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، حيث يلاحظ اختلاف الهيــاكل التنظيمية المعتمدة للأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية عن الهياكل التنظيمية الفعلية، وقد يكون السبب إعطاء تلك الجهات صلاحية التعديل على الهياكل التنظيميــة على أن تقوم تلك الجهة بأخذ الموافقة على اعتماد الهيكل التنظيمي، ولكن بعض الجهات تتقاعس في تنفيذ ما جاء في قرار مجلس الوزراء رقم (٦٦٦) لســنة ٢٠٠١ بشأن ضبط نمو الهياكل التنظيمية بالوزارات والإدارات الحكومية والهيئات والمؤسسات العامة. كما أشــار مخيمر(٢٠٠٤) إلى أنه يوجد بعــض القياديين ممن يتجاوز الأنظمة والتعليمات بحكم ما يمتلكه من قوة ونفوذ وطموحات شــخصية ويقوم بالتعديل على الهيــاكل أو الإجراءات التنظيمية من وقت لآخر، مما يؤدي إلى الحد من فعالية الهيكل التنظيميــة في تحقيق أهداف المنظمة. وكذلك تتفق مع توصيات الفرا واللوح (٢٠٠٧) بعدم ترك المجال مفتوحاً لكل وزير جديد أن يعدل في الهيكل التنظيمي للوزارة حســب

أهوائه الشخصية وبدون دراسات معمقة. ويثبت ذلك أن بعض الجهات لا تعيد النظر في تحديث الصلاحيات والاختصاصات وفقاً للتحديث الأخير للهيكل التنظيمي.

٢- أظهرت نتائج الدراسة أن أكثرية أفراد عينة الدراسة بنسبة تصل إلى (٥٩,٧٪) لا يوجد لديهم دليل تنظيمي في منظماتهم يوضح اختصاصات الجهاز الذي يعملون به. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة البيشي (٢٠٠١) والتي بينت أن عدم وجود الدليل التنظيمي ودليل الإجراءات لدى بعض الأجهزة الحكومية قد أدى إلى حدوث قصور في درجة وضوح الاختصاصات للجهاز الإداري وضعف المتابعة الإدارية في بعض هذه الأجهزة.

٣- كشفت نتائج الدراسة أن أكثرية أفراد مجتمع الدراسة موافقون على عبارة أنه «يوجد تداخل في الاختصاصات بين الجهاز الذي أعمل به وأجهزة حكومية أخرى» حيث بلغ المتوسط الحسابي لها (٣,٤٦). ويعزى ذلك التداخل إلى غياب دليل الصلاحيات، والذي يتطلب تصميم إجراءات الأجهزة الصحية الحكومية بدقة بالغة، كما يتطلب تصميم اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية بشكل واضح.

٤- بينت نتائج الدراسة أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون إلى حد ما على تأثير الوظائف التنظيمية على التداخل ومن هذه الوظائف التنظيمية تفعيل نظم الرقابة، والتنسيق الإداري والفني وتحديد مهام الأفراد من خلال الوصف الوظيفي. تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كلاب (٢٠٠٤) التي بينت أن وجود ضعف في مستوى تطبيق المقومات الأساسية للرقابة الداخلية بوزارات السلطة الفلسطينية قد أدى إلى ضعف نظم الرقابة الداخلية عن تحقيق الأهداف المناطة بها والتسيب المالي والإداري والتضخم الوظيفي، وسوء الإدارة، وضعف الأداء العام، وغياب الشفافية والمساءلة. وكذلك دراسة حماد (٢٠٠٣) والتي أوضحت أن ضعف كفاءة النظام المحاسبي المطبق في مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، يعود إلى العديد من الأسباب ومنها غياب التوصيف الوظيفي للعاملين، وتمركز السلطات والصلاحيات بأيدي القائمين على الإدارة العليا، ونقص الموضوعية والشفافية.

ثانياً: أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات

١- أظهرت نتائج الدراسة أن (١١,٨٣٪) من أفراد عينة الدراسة يرون أن (تطوير الأنظمة

واللوائـح القائمـة) تأتي في المرتبة الأولى كأفضل السـبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، حيث تعاني العديد من الأنظمة واللوائح القائمة إلى عدم التجديد والتطوير المسـتمر. وتتفق هذه النتيجة مع دراسـة الشـقاوي (١٤٢٣هـ) التي بينت أن غالبية الأجهزة الحكومية تعاني من تقادم الأنظمة واللوائح وضعف الصياغة في بعض الأنظمة المعمول بها وكثرة التعديلات وعدم صدور لوائح تنفيذية وتفسـيرية لكثير من الأنظمة. مما يؤدي حسـبما أشار القحطاني (١٤٣٤هـ) إلى توجه الأجهزة الحكومية إلى «أسـلوب التعديـلات الجزئية التي كثيراً ما تفقد الأنظمة اتسـاعها وتكاملها، وتؤدي غالباً إلى تناقضهـا، وتعقيد إجراءات تطبيقها وتضارب القرارات بشأنها». كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة الحبشان (١٤٣٧هـ) بأن تحديث الأنظمة واللوائح والإجراءات سـوف يسـهم في معالجة تداخل الاختصاصات. كما أوضح بكري (١٤٣٤هـ) إلى أنه إذا كان الخلل في الأنظمة أو الصلاحيات فيفترض أن ترفع إلى مراجعها لتعديلها لتمارس مهامها على أفضل وجه، وإن كان الخلل في التطبيق فيفترض إعادة النظر في آليات العمل والكوادر والهيكلة الإدارية لتلك الأجهزة.

٢- كـما أظهـرت النتائج بأن (١٠,٧٩٪) من أفراد عينة الدراسـة يرون أن (التحديد الدقيق لمهام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية) من أفضل السـبل التنظيمية للحد مـن التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكوميـة المقدمة للخدمات الصحية. كما يؤكد ذلك دراسة بشـناق (٢٠٠١) أن حل مشكلة التداخل يكون بتوحيد الأجهزة ذات الاختصاصات المتشابهة بما يؤدي إلى التكامل وتحقيق الشمولية.

٣- وأظهرت النتائج بأن (١٠,١٧٪) من أفراد عينة الدراسـة يرون بأن (إعادة هيكلة القطاع الصحي بشكل عام) من أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. والقطاع الصحي يحتاج إلى إعادة هيكلة بشكل عام، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة الشقاوي (١٤٢٣هـ) بأن العديد من الإدارات الحكومية مصابة بالترهل، مما يبرر عدم الحاجة الفعلية لها، ففي كثير من الأحيان يتم إنشـاء أجهزة إدارية جديـدة أو فصل وحدات عن وزارات قائمـة وتحويلها لهيئات أو مؤسسـات دون اعتبار سـليم وتمحيص دقيق للحاجة الفعلية، وهي تخضع لاجتهادات فردية أكثر منها فنية.

ثالثاً: تأثير العوامل التقنية

بينت نتائج الدراسة أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على تأثير استخدام التقنية في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية حيث بلغ المتوسط الحسابي العام (٣,٦٣ من ٥)، وهذا يعزى إلى أن استخدام التقنية سوف يحسن ويسرع في تقديم الخدمات في القطاع الصحي إذا ما قورن بتأثير الهيكل التنظيمي والوظائف التنظيمية التي تتطلب وقتاً أطول في التبني والتنفيذ. ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء أهمية التقنية في ظل ثورة المعلومات التي يعيشها المجتمع السعودي، وإحساس القيادات الإدارية في الأجهزة الحكومية بدور العوامل التقنية في تطوير وتنمية الإدارة في الأجهزة الحكومية، واهتمام خطط التنمية في المجتمع بالمعرفة ووضع الخطة الوطنية للتحول نحو مجتمع المعرفة. وهذا يتفق مع النتيجة التي توصلت إليها دراسة عبدالرحمن (١٤٣٨هـ). وتتفق كذلك مع دراسة لعريبي (٢٠١٣) والتي بينت وجود تأثير كبير لتكنولوجيا المعلومات والاتصال على البناء التنظيمي، إعادة البناء التنظيمي، الخريطة التنظيمية، الدليل التنظيمي، الثقافة التنظيمية، العمل عن بعد. وتعتبر التقنية المستخدمة في مجال عمل المنظمة وأنشطتها المختلفة (البيئة الداخلية) من العوامل المؤثرة في تصميم واختيار الهيكل التنظيمي المناسب للمنظمة وذلك بإنشاء تقسيمات تنظيمية لإدارة قواعد البيانات وكذلك الحاسب الآلي، وأخرى للصيانة وغيرها، مما أدى إلى استحداث وظائف لم تكن موجودة في السابق للتعامل مع هذه التقنيات، وتحقيق أهداف هذه التقسيمات التنظيمية (محمد، ٢٠٠٧). ويدعم ذلك دراسة الشريف (٢٠٠٤) والتي هدفت إلى بيان أثر استخدام تقنية المعلومات على المستوى التنظيمي والإداري في المؤسسات الحكومية بالجمهورية اليمنية، وبين الباحث أن إدخال تكنولوجيا المعلومات قد أثر على الجهاز باستحداث هياكل داخل الهياكل التنظيمية تعمل كمسارات لنقل المعلومات، وفرض أنظمة المعلومات على الجهاز إعادة تصميم الهيكل التنظيمي ودمج واستحداث وحدات كثيرة.

رابعاً: أفضل السبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات

أظهرت نتائج الدراسة أن (٣٦,٧١٪) من أفراد عينة الدراسة يرون أن (تطبيق الحكومة الإلكترونية) أفضل سبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية

المقدمة للخدمات الصحية، في حين تساوى نسبة أفراد عينة الدراسة التي يرون أن (تطبيق الملف الصحي الموحـد) وأن (صياغة أهداف الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في شـكل نتائج محددة قابلة للقياس الكمي) من أفضل سـبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصـات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، بنسـبة بلغت (٣١,٦٥٪) لـكل منهما وجـاءت في المرتبة الثانية. وتتفق هذه النتيجة مـع ما جاء في توصية كل من تريفيدي (٢٠٠٢) والشيحة (٢٠٠٤) أنه لا بد من الإسراع في تنفيذ نظام الحكومة الإلكترونية وتعديـل النظـم والإجراءات في القطاع الحكومي مما سـيفضي إلى فض التشـابك بين تلك الجهـات. إن تطبيق الحكومـة الإلكترونية يتطلب تأهيل النظم الإدارية لتكون قادرة على صنع القرارات الصحيحة في الوقت المناسب اعتماداً على نهج اللامركزية.

خامساً: أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات

١- أثبـت نتائج الدراسـة بأن (١٩,٣٨٪) من أفراد عينة الدراسـة يـرون أن تبني الضوابط الخاصة بالشـفافية وإلـزام الأجهزة الحكوميـة المقدمة للخدمات الصحيـة بتطبيقها من أفضل السـبل للحد مـن التداخل في الاختصاصات بين الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين. وتتفق هذه النتيجة مع دراسـة الشقاوي (١٤٢٣هـ) التي بينـت أن إدارة الأداء والخدمات وأسـاليب الرقابـة المالية والإدارية والمساءلة والشفافية في غالبية أجهزة القطاع الحكومي دون المأمول منها.

٢- كـما أوضحت النتائـج بأن (١٧,٠٥٪) من أفراد عينة الدراسـة ترى بأن توحيد مقاييس الأداء بـين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بحسـب طبيعة العمل (طبي، فني، إداري) من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين.

٣- وأثبتـت النتائـج بأن (١٦,٦٧٪) من أفراد عينة الدراسـة يرون أن تفعيل التنسـيق بين الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية عند تنفيذ أنشـطتها من أفضل السـبل للحـد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهـزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية مـن وجهة نظـر المبحوثين. ومن ذلك إنشـاء هيئة متخصصة تتـولى مهمة الفصل في اختصاصـات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية كما يرى ذلك (١٤,٧٣٪) من

أفراد عينة الدراسة. وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة حسن (٢٠١٠) والتي بحثت مشكلة تعدد الأجهزة الرقابية في مصر وتداخل الاختصاصات فيما بينها وأوصت بضرورة التنسيق بين اختصاصات الأجهزة الرقابية إما بالتدخل التشريعي أو من خلال إنشاء هيئة عليا للتنسيق بين تلك الأجهزة مع الاهتمام بالتدريب المتواصل لأعضاء الأجهزة الرقابية على أحدث النظم الرقابية في ضوء الخبرات المحلية والدولية، وتزويد تلك الأجهزة بأحدث وسائل كشف وتعقب الفساد. وكذلك دراسة بكري (١٤٣٤هـ) بأن معالجة تداخل الاختصاصات بين الأجهزة الرقابية في المملكة يكون من خلال توحيد تلك الأجهزة تحت جهاز مركزي واحد قوي مرتبط بأعلى سلطة في المملكة.

سادساً: اختلاف آراء المبحوثين حول متغيرات الدراسة وفقاً لخصائصهم الشخصية والوظيفية

١- أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات أفراد عينة الدراسة حول (الدليل التنظيمي - دليل الصلاحيات - الوظائف التنظيمية- العوامل التقنية) باختلاف متغيرات الخصائص الشخصية التالية وهي العمر والمؤهل التعليمي، حيث كشفت نتائج الدراسة أن ما نسبته (٤٤,٨٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة أعمارهم تتراوح ما بين «٤٠ إلى أقل من ٥٠ سنة». كما أن ما نسبته (٧٦,١٪) من إجمالي أفراد مجتمع الدراسة مؤهلهم التعليمي (دراسات عليا). وتتفق مع دراسة العواوده (٢٠١٤) والتي هدفت إلى التعرف على العوامل التنظيمية المؤثرة على التفويض بحيث توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات الموظفين نحو التفويض الإداري تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية التالية (الجنس، العمر، عدد سنوات الخبرة)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) لتصورات الموظفين تعزى لمتغير المؤهل العلمي. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة جابر (٢٠١٠) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير المبحوثين لمستوى التداخل والازدواجية في اختصاصات الأجهزة الرقابية تعزى إلى المؤهل العلمي.

٢- كما أثبتت الدراسة وجود اختلاف بين آراء المبحوثين حول متغيرات الدراسة (التنظيمية،

التقنيــة، التداخــل في الاختصاصات) وفقــاً للجنس. وتتفق هذه النتيجــة مع النتيجة التي توصلت إليها الغامــدي (١٤٣٤هـ) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية حيث عزتها الباحثة إلى المعوقات الشــخصية والتي لها الأثر الأكبر في تعطيل وصول المرأة السعودية إلى المناصــب القيادية في القطاع العام. كما تتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي توصل إليها السيسي (٢٠٠٣) والتي أوضحت أنه يوجد فروق في أنماط السلوك القيادي حسب الجنــس حيث حصل الذكور على درجات أعــلى في النمط الموجه، وحصلت الإناث على درجــات أعلى في النمط المرتبط، حيث زاد اهتمام الذكــور بالعمل وزاد اهتمام الإناث بالعلاقات الإنسانية، إلا أنه لا توجد فروق معنوية بين الذكور والإناث في النمط القيادي المتكامل، حيث احتل النمط القيادي المتكامل المرتبة الأولى لدى كل من الذكور والإناث وبالتــالي فالإناث يمكن أن يكونوا قــادة فعالين مثل الذكور. وتختلف هذه النتيجة عن دراســة جابــر (٢٠١٠) المتمثلة في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تقدير المبحوثين لأثر التداخل والازدواجية في ممارسة الاختصاصات الرقابية على مجالات الأداء الوظيفي منفردة ومجتمعة تعزى إلى متغير الجنس باستثناء مجال (تبسيط وتطوير الإجراءات).

٣- أظهرت نتائج الدراســة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى دلالة ٠,٠٥ فأقــل في اتجاهات أفراد عينة الدراســة حــول (الهيكل التنظيمــي- دليل الصلاحيات- الوظائــف التنظيمية- العوامــل التقنية) باختلاف الخصائــص الوظيفية مثل التخصص وســنوات الخبرة ونطاق الإشراف. كما بينت النتائج أن ما نســبته (٦٥,٧٪) من إجمالي أفــراد مجتمع الدراســة يشرفون على أكثر مــن ٢٠ موظفاً. وتتفق مع دراســة الزعبي (٢٠١٤) والتــي أكدت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) عــلى جميــع مجــالات الدراســة والأداة ككل تبعاً لمتغــير الخبرة في مجال الإدارة. وتختلف هذه النتيجة مع دراســة جابر (٢٠١٠) والذي أكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مســتوى الدلالة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في تقدير المبحوثين لمســتوى التداخل والازدواجية في اختصاصات الأجهزة الرقابية تعزى إلى التخصص.

٤/٤ مناقشة أهم نتائج البيانات النوعية (المقابلات الشخصية):

في هــذا الجزء تم مناقشــة أبــرز النتائج التي وردت في المقابلات الشـخصية من خلال المحاور التالية:

١- الأنماط والهياكل التنظيمية:

١- تتفــاوت الأنمــاط التنظيمية لأجهزة القطــاع، فهناك الوزارة والهيئة والمؤسســة العامة والمجالس والإدارات العامة التابعــة لبعض الأجهزة الحكومية. كما تختلف الارتباطات التنظيمية للأجهزة تبعاً لاختلاف النمط التنظيمي.

٢- من أبرز الملاحظات على الهياكل التنظيمية للأجهزة والوحدات الإدارية في قطاع الخدمات الصحية هو اختلاف هياكلها التنظيمية الرسمية المعتمدة عن الهياكل التنظيمية الفعلية، ويمكــن ملاحظة هذا التفاوت في الهيكل التنظيمي المعتمد لوزارة الصحة الذي أدخلت عليــة تعديلات عديدة. كما أن غالبية أجهزة ووحدات القطاع تمارس مهامها ووظائفها الإدارية من خلال الهياكل التنظيمية الفعلية وليس من خلال الهياكل الرســمية، بسبب تقادم بعضها وعدم مواكبته للتغيرات التي طرأت على الجهاز منذ تاريخ اعتماده رسمياً.

٣- تتســم هياكل الأجهزة الرئيســية في القطاع بالضخامة والتعقيد، مع شــيوع المركزية في الهياكل التنظيمية على مستوى القطاع.

٤- عــدم وجــود دليل موحد لأنظمة العمــل والإجراءات الإدارية ومعايــير وطنية موحدة للممارســة الطبية في ظل غياب نظام لتحسين الجودة جعل الاجتهادات الشخصية هي الســائدة في إدارة وتقديم الخدمات الصحية، وبالتالي كثرة الوقوع في الأخطاء وما ينجم عنها من إهدار للموارد البشرية والمادية والمالية.

٢- الأهداف والمهام الأساسية لأجهزة القطاع الصحي:

من أبــرز مرتكزات تحليل الأهداف والمهام في أجهــزة القطاع الصحي هو التعرف على أهــداف أجهــزة القطاع لتحديد درجــة وضوحها ومدى وجود تداخــل أو تعارض بين تلك الأهــداف والمهــام، ومدى التوافق والانســجام بينها مــن عدمه ومدى كفايتهــا وتغطيتها

للأهــداف المتوقعة من نشــاط أجهزة القطاع، ومــدى وجود فروق بــين الأهداف والمهام الفعلية والمعتمدة. وبتحليل مدى وضوح مهام وأهداف أجهزة ووحدات القطاع، تبين من إجابات المســئولين في المقابلات الشخصية بأن الأهداف والمهام الموكلة لأجهزة القطاع تتسم بالوضوح وأنه لا يوجد فروق بين الأهداف والمهام الرســمية المعتمدة وبين الأهداف والمهام الفعليــة التي تمارســها تلك الأجهزة. وبتحليــل مدى كفاية الأنشــطة وتغطيتها للأهداف والمهام المتوقعة من أجهزة القطاع تبين أن القطاع لا يؤدي بعض المهام والنشــاطات المهمة والأساســية بالإضافة إلى وجود قصور في أداء البعض الآخر، وتشمل الجوانب التي تعاني من قصــور في الوضع الراهن للأهداف والمهام المناطة بالأجهــزة والوحدات الإدارية العاملة في قطاع الخدمات الصحية ما يلي:

٣- السياسات والإستراتيجيات للقطاع الصحي:

أدى انشــغال وزارة الصحة وهي الجهاز المعني برســم السياسات والإستراتيجيات على مســتوى القطاع، بإدارة مرافقهــا الصحية في ظل عدم وجود فصل بــين الأدوار التشريعية والرقابية والإشرافية والتنفيذية على مســتوى القطاع، وعدم توفر العدد الكافي من الكوادر المؤهلة، إلى إضعاف دورها الإشرافي والرقابي وكذلك دورها في رسم السياسات والإستراتيجيات للخدمــات الصحية في المملكة. كما إن ضعف وزارة الصحة في أداء الدور المناط بها خاصة في رســم السياسات ووضع الإستراتيجيات على مســتوى القطاع قد أفرز عدداً من الجوانب السلبية منها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

١- تعــدد الأجهــزة الحكومية التي تقــوم بتقديم الخدمات الصحية لمنســوبيها وبدرجات متفاوتة من خلال وحدات إدارية داخل تلك الأجهزة وملكيتها لمرافق صحية وتخصيصها جزء من القوى العاملة التابعة لها لأغراض تقديم تلك الخدمات الصحية.

٢- انشــغال تلك الأجهزة الحكومية بتقديم الخدمات الصحية لمنسوبيها وما قد يترتب على ذلك من تأثير سلبي على قيامها بالمهام المرتبطة برسالتها الأساسية مثل التعليم والرعاية الاجتماعيــة وغيرهما، وكذلك مثل الهيئة العامة للشــباب والرياضة حيث تســعى إلى التوسع في نشاط تقديم الخدمة الصحية عن ما حدد لها في قرار تشكيلها.

٣- عدم التساوي في فرص الحصول على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية والمستوى الرفيع الذي يرضي طموحات المواطن لتلك الخدمات. مع تفاوت في توزيع الخدمات الصحية جغرافياً وسكانياً سواء على مستوى المناطق أو داخل المدن خاصة الكبيرة منها. ولا يقتصر هذا التفاوت في الخدمات على وزارة الصحة وإنما يوجد أيضاً في الجهات الحكومية الأخرى التي تسهم في توفير الخدمات الصحية. كما يمكن توثيق حالة التفاوت هذه من خلال معدلات خدمات المراكز الصحية نسبة إلى عدد السكان من منطقة إلى أخرى، ويؤدي هذا الخلل في توزيع الموارد إلى تفاوت في معدلات الخدمة والمستوى الصحي بين المناطق.

٤- التنسيق والتكامل بين أجهزة القطاع:

إن تعدد الأجهزة الحكومية التي تتصل أعمالها بالشؤون والقضايا الصحية وتنوع اختصاصاتها، وضعف التنسيق والتكامل بين القطاعات الصحية في المملكة يشكل عبئاً كبيراً على ميزانية الدولة ويعيق تحقيق أهداف الرعاية الصحية، مما يؤكد الحاجة إلى تفعيل دور المجلس الصحي السعودي ليكون جهة مركزية تتولى مهمات وضع التنظيمات وإقرار الخطط والسياسة الصحية ومراجعتها وتقويمها بصفة دورية بما يضمن التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية المختلفة في المملكة لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بطريقة ميسرة ومأمونة. ويلاحظ أن الأجهزة والوحدات المقدمة للخدمات الصحية في المملكة تفتقر للتنسيق الكافي فيما بينها، ويمكن وصف العلاقة الحالية بين تلك الأجهزة بالعلاقة التنافسية أكثر منها علاقة تكاملية. وقد أفرزت حالة التنافس تلك عدداً من السلبيات منها:

١- تركز الخدمات الصحية المتخصصة في المدن الرئيسية بشكل يفوق احتياجات سكانها وفي المقابل قصور في توفر تلك الخدمات في المناطق الأخرى.

٢- ازدواجية في أداء بعض النشاطات مثل التدريب والتعليم الصحي والأبحاث الصحية. حيث تقوم عدة أجهزة حكومية بممارسة هذا الدور في الوقت الحاضر مثل وزارة الصحة وهيئة الهلال الأحمر السعودي بالإضافة إلى الجامعات السعودية من خلال كليات الطب وكليات العلوم التطبيقية المساعدة.

٣- عدم الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية من خلال تعدد الجهات التي تقوم بتقديم خدمات متخصصة عالية التكلفة.

٤- تشتيت الجهود وعدم الاستفادة الكاملة من الإمكانات البشرية في التخصصات الطبية والطبية المساعدة من خلال الممارسة والتدريب وتفعيل برامج التعليم والتدريب المستمر مما ينعكس سلباً على مستوى الخدمات المقدمة.

٥- الازدواجية في اقتناء التجهيزات والمعدات الطبية باهظة التكاليف دون النظر إلى جدواها الاقتصادية وبالتالي عدم الاستغلال الكامل لهذه الأجهزة، مما يسهم أيضاً في تفتيت بنود تأمين تلك الأجهزة واختلاف مواصفاتها وأساليب صيانتها.

كما أن هنالك خلطاً ما بين الرعاية الصحية التي هي من اختصاص مقدمي الخدمة الصحية وبين مفهوم الصحة العامة التي هي من اختصاص النظام الصحي والقائمين عليه، وخلط آخر في الأدوار ما بين التنظيم والإشراف والمتابعة والتي هي من اختصاص وزارة الصحة بالتحديد كما ورد في النظام الصحي السعودي وبين التشريعات والقوانين الصحية والتي هي من اختصاص النظام الصحي والجهة القائمة عليه كالمجلس الصحي السعودي، وهنالك خلط في الأدوار ما بين دور وزارة الصحة المسؤولة عن الرعاية الصحية في المملكة حسب النظام الصحي وبين مقدمي الخدمات من القطاعات العسكرية والتعليمية التي دورها يتبع للاختصاصات النوعية للجهات التابعة لها والتي ليست من مسؤوليتها بشكل مباشر تقديم الرعاية الصحية لعامة المواطنين والمقيمين كوزارة الصحة. وهناك تعارض مصالح وتقاطعات وتضارب في الأدوار أسهمت في إضعاف النظام الصحي في المملكة العربية السعودية. وقد أكد ذلك اليامي (١٤٣٥هـ) بأن مهام المجلس واختصاصاته حتى وإن كانت منبثقة من النظام الصحي أصلا، تحتم وجوب الاستقلالية وخروجه من أي هيمنة إشرافية أو سطوة مراقبة أداء تنبثق من أي جهة من مكونات تشكيله الحالي لاحتمالية نشوء الصراعات الإدارية، عطفاً على تركيبة المجلس الحالية وتعددية مصادر تقديم الخدمات الصحية التي تتولاها عدة جهات: وزارة الصحة، الخدمات الصحية في القطاعات العسكرية، وهي ثلاثة قطاعات، إضافة إلى المستشفيات الجامعية، والقطاع الخاص. الاستقلالية ستحقق مبدأ الشفافية والحيادية والسيطرة ولربما احتواء التكاليف وتصحيح الأوضاع.

٥- العوامل التقنية:

١- أدى عدم توفر نظام معلومات صحي وطني موحد حديث مترابط وشــامل إلى صعوبة اتخاذ القرار الطبي والإداري الصحيح وفتح المجال للازدواجية والتكرار في الحصول على الخدمة من قبل المستفيدين منها؛ وما يترتب على ذلك من إهدار للموارد ومخاطر على المستفيدين نتيجة للاستخدام غير الواعي للخدمات الصحية من قبل البعض منهم.

٢- افتقار القطاع الصحي إلى جهاز مركزي أو هيئة مستقلة تعمل على إدارة نظم المعلومات الصحيــة وتوثيق أداء الأجهزة العاملة في القطاع الصحي، ومن ثم تزويدهم بالمعلومات اللازمة لتخطيط نشاطاتهم وتوجيه جهودهم وتقويم أدائهم في سبيل تحقيق الأهداف والمهــام المناطة بها. وقد أدى هذا الوضع إلى تأخــر وقدم المعلومات المتوفرة عن أداء أجهزة القطاع؛ وبالتالي تأخر تحديد وتشــخيص المشــكلات القائمــة واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة في الوقت المناسب.

الفصل الخامس
نتائج وتوصيات الدراسة

تمهيد:

يشــتمل هذا الفصــل في الجزء الأول منه على ملخص لأهم النتائــج التي توصلت إليها الدراســة، كما يشــمل الجزء الثاني منه على أبرز التوصيات المقترحــة في ضوء تلك النتائج، وكذلك الدراسات المستقبلية المقترحة.

١/٥ ملخص نتائج الدراسة

هذا الجزء يقدم ملخصاً لأهم النتائج التي توصلت لها الدراسة سواء من خلال مناقشة نتائج البيانات الكمية (الاســتبانة) أو من خلال مناقشــة نتائج المقابلات الشخصية، حيث كانت أهم النتائج ما يلي:

أولاً: النتائج ذات العلاقة بالجوانب التنظيمية:

١- كشــفت نتائج الدراسة أن أكثرية أفراد مجتمع الدراسة موافقون على عبارة أنه «يوجد تداخل في الاختصاصات بين الجهاز الذي أعمل به وأجهزة حكومية أخرى» بسبب غياب دليل الصلاحيات، والذي يوضح اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية بشكل دقيق.

٢- أظهرت نتائج الدراســة على أن هنــاك تأثيراً للعوامل التنظيميــة في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية على التداخل في الاختصاصات، والتي تشمل الهيكل التنظيمي والدليل التنظيمي ودليل الصلاحيات والوظائف التنظيمية. حيث أظهرت كذلك بأنه لا يوجد دليل تنظيمي في المنظمات المقدمة للخدمات الصحية يوضح اختصاصات الجهاز.

٣- أظهرت نتائج الدراســة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول (الدليل التنظيمي - دليــل الصلاحيات - الوظائف التنظيمية- العوامل التقنية) باختلاف متغيرات الخصائص الشــخصية التالية وهي العمر والمؤهل التعليمي. بينما أثبتت الدراســة وجود اختلاف بين آراء المبحوثين حول متغيرات الدراسة (التنظيمية، التقنية، التداخل في الاختصاصات) وفقاً للجنس.

٤- أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول (الهيكل التنظيمي - دليل الصلاحيات - الوظائف التنظيمية - العوامل التقنية) باختلاف الخصائص الوظيفية مثل التخصص وسنوات الخبرة ونطاق الإشراف.

٥- بينت نتائج الدراسة أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون إلى حد ما على تأثير الوظائف التنظيمية على التداخل ومن هذه الوظائف التنظيمية نظم الرقابة، والتنسيق.

٦- حيث أثبت نتائج الدراسة بأن تبني الضوابط الخاصة بالشفافية وإلزام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بتطبيقها من أفضل السبل للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٧- كما أثبتت النتائج بأن هناك تنسيقاً في الوقت الحاضر ولكنه لا يرقى للمستوى المطلوب ويحتاج إلى الكثير من التفعيل في العديد من الجوانب مثل رسم السياسات والإستراتيجيات على مستوى القطاع وإزالة الازدواجية والتداخل في مجال تقديم الخدمات الصحية المتخصصة بين الأجهزة والوحدات الصحية في القطاع الصحي، والشراء الموحد للأجهزة والمستلزمات الطبية والجراحية، وفي مجال الأنظمة الإدارية والمالية المنظمة لشئون القوى العاملة في القطاع الصحي.

٨- كما أكدت نتائج الدراسة أن (تطوير الأنظمة واللوائح القائمة) تأتي في المرتبة الأولى كأفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، حيث إن العديد من الأنظمة واللوائح المعمول بها في القطاع الصحي غير كافية وغير ملائمة وتحتاج إلى التطوير، وأن تكيف وفق حاجة وخصائص أنشطة القطاع الصحي، وأن يتم توحيدها وتطبيقها على جميع الأجهزة العاملة في القطاع الصحي دون استثناء.

٩- كما أظهرت النتائج بأن (التحديد الدقيق لمهام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية) تأتي في المرتبة الثانية كأفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

١٠- وأظهرت النتائج بأن (إعادة هيكلة القطاع الصحي بشكل عام) من أفضل السبل التنظيمية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات

الصحية. حيث يرى أغلبية المسـئولين بأن ظاهرة تعـدد الجهات الحكومية التي تقوم بتقديـم الخدمات الصحية في الوقـت الحاضر هي ظاهرة غير صحيـة ويجب تجنبها شريطـة أن يتم إزالة الظـروف التي دفعت تلك الجهات إلى ممارسـة نشـاط تقديم الخدمات الصحية.

١١- أثبتت النتائج ضرورة إسـناد مهمـة تقديم الخدمات الصحيـة للقطاع الخاص ولكن بضوابط محددة، وأن يقتصر دور وزارة الصحة على تقديم المسـتوى الأول من الرعاية الصحية إضافة إلى قيامها بمهام التخطيط والإشراف والرقابة.

١٢- كما أوضحت النتائج بأن توحيد مقاييس الأداء بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحيـة من أفضل السـبل للحد من التداخل في الاختصاصات بـين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

ثانياً: النتائج ذات العلاقة بالجوانب التقنية:

١٣- بينت نتائج الدراسـة أن أفراد مجتمع الدراسة موافقون على تأثير استخدام التقنية في التداخـل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكوميـة المقدمة للخدمات الصحية، حيث إن اسـتخدام التقنية سـوف يحسـن ويسرع في تقديم الخدمات في القطاع الصحي إذا ما قـورن بتأثير الهيكل التنظيمي والوظائـف التنظيمية التي تتطلب وقتاً أطول في التبني والتنفيذ.

١٤- بينت الدراسـة بأن التطبيقات والحاسب الآلي تسـتخدم بشكل عام في أجهزة القطاع الصحـي، إلا أن تلـك الأجهزة تتفاوت من حيـث مجالات اسـتخدامه، فبينما ينحصر اسـتخدامه لدى بعض الأجهزة في التطبيقات الإدارية والمالية، يتوسـع البعض الآخر في استخدامه ليشمل جميع العمليات داخل المرفق الصحي.

١٥- أظهرت نتائج الدراسة أن (تطبيق الحكومة الإلكترونية) من أفضل سبل التقنية للحد مـن التداخل في الاختصاصات بين الأجهـزة الحكومية المقدمـة للخدمات الصحية، في حـين أن (تطبيق الملف الصحي الموحد) و(صياغة أهـداف الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في شـكل نتائج محددة قابلة للقياس الكمي) تأتيان في المرتبة الثانية

كأفضل سـبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

٢/٥ توصيات الدراسة:

في ضوء ما تم استخلاصه من نتائج الدراسة يوصي الباحثان بما يلي:

١- إعـادة التنظيـم للأجهزة المقدمـة للخدمات الصحيـة: ويتم ذلك مـن خلال تحديد الاختصاصات العامة لكل جهاز بشكل عام، ومن ثم التركيز على الاختصاصات التفصيلية والخارطـة التنظيميـة لكل جهاز. ويقترح بأن تمر عملية إعـادة الهيكلة بأربع مراحل، بحيث تتضمن المرحلة الأولى حصراً لجميع الأجهزة الحكومية وشبه الحكومية، وتصنيفها في قطاعات. تليها المرحلة الثانية وتتضمن الأدوات التشريعية المنظمة لكل جهة داخل القطاع نفسـه، وإيجـاد عناصر الترابط بين عمـل هذه الجهات داخـل القطاع. يليها المرحلـة الثالثة التي كان يتم فيها تحليل الأنشـطة الرئيسـية في كل جهة، وبيان مدى تجانس هذه الأعمال والأنشـطة داخل كل جهة على مبدأ جمع الخدمات والنشـاطات المتماثلـة وإزالـة الازدواج وفقاً للخطـة العامة لها. وفي المرحلـة الرابعة والأخيرة، يتم اسـتخلاص النتائج، وتحديد بعض الجهات ثم نقل اختصاصات من قطاع إلى قطاع آخر، وإلغاء بعض الأجهزة واسـتحداث بعض الأجهـزة مع تقليص عدد الأجهزة التنفيذية بما يزيل تضخم تلك الأجهزة، مع التركيز على توافر الفاعلية في أدائها والتنسـيق والتكامل في نشاطاتهـا والخدمـات التي تقدمها.

٢- تطويـر الخدمات الصحية يتم من خلال تطوير الجوانب التنظيمية فيها وليس في زيادة الإنفـاق الصحي عليهـا، فإعادة توجيه الخدمات الصحية القائمـة على الرعاية الصحية الأولية، والاهتمام بالرعاية الشـاملة وتزايـد إشراك المجتمع في مجال الصحة من خلال نظام لا مركزي سـوف يسـهم في تحسـين صحـة المجتمعات المحليـة ويحقق المأمول مـن النظم الصحية، ومن ذلك اسـتقلال المديريات العامة للشـئون الصحية في مناطق المملكة عن ديوان وزارة الصحة من الناحية المالية والتوظيف مع بقاء تبعيتها القانونية والتنظيمية لديوان الوزارة، بحيث تركز المديريات العامة للشـئون الصحية على دورها الرئيـسي المتمثل في توفير وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية بالإضافة إلى خدمات

الرعايــة الصحية الثانوية والثالثة (التخصصية أو المرجعية) من خلال قيامها بمســئولية إدارة وتشــغيل المرافق الصحية التابعة لها بالأســاليب الملائمة، وكذلك تمارس المديريات العامة للشئون الصحية على وجه الخصوص المسئوليات المناطة بها ويمثل مديرو عموم الشئون الصحية في المجلس الصحي السعودي.

٣- إجراء تعديلات تشريعية وقانونية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة، بحيث يتــم إضافة أو حذف أو تنقيح أو تطوير أو تصحيح للنص التشريعي أو القانوني ليكون تطبيقه منتجاً للأهداف المتوخاة منه بالانســجام مع اعتــماد أركان اللامركزية الإدارية الســليمة. ويمكن عمل ذلك من خلال إنشــاء لجنة رئيسية عليا للفصل في التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية بحيث تتكون من ممثلين من وزارة الماليــة ووزارة الخدمة المدنية والأجهــزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، لتحديد نوعية التشابك والتداخل وأسبابه وأثره وكيفية معالجته، كما تشكل فرق عمل فرعية أو لجان تحضيرية تتكون من مختصين وخبراء ومستشــارين للقيام بدراسة وتحليل ووضع التوصيات والمقترحات اللازمة لفك التشابك ورفعها للجنة الرئيسة.

٤- سرعــة تنفيذ نظام الحكومة الإلكترونية E-government وتعديل النظم والإجراءات بما يقــضي على التضاربات بينها أو صدور قرارات تعطل تنفيذ أنظمة موجودة. ومن ذلك تدعيم التوجه نحو اســتخدام تقنية الحاســوب والإنترنت في أجهــزة القطاع الحكومي، ووضع خطة مدروســة ومرحلية لهذا الغرض تشــتمل على التوعية والتدريب على هذا الأســلوب من توصيل الخدمات. وكذلك بناء نظم وقواعد المعلومات الصحية الموحدة، وتيســير تدفقها وسهولة الحصول عليها من قبل كافة قطاعات ووحدات النظام الصحي مــن خلال نظام موحــد للمعلومات الصحيــة ينطوي على التنســيق والتكامل والربط الإلكتروني بينهم، بحيث تساعد على تخطيط تقديم الخدمات وترشيد الإنفاق من خلال التنسيق بين أجهزة القطاع، ودعم عمليات الإشراف والمتابعة والتقويم واتخاذ القرارات، ومراقبة ورفع كفاءة الجودة النوعية.

٥- إعادة النظر في الأنظمة الإدارية السائدة والمعمول بها في أجهزة القطاع الصحي لتتواءم مع احتياجات ومتطلبات التشــغيل الكفء لخدمات المرافــق الصحية مع توفير القدر الكافي من المرونة في الإدارة بما يتناســب مع الاحتياجــات والمعطيات المتغيرة والطارئة.

ومـن ذلك إعـادة هيكلة النظـام الإداري للقطـاع الصحي كخطوة أساسـية للنهوض بالقطـاع الصحي، وتحقيقاً لرؤية المملكة ٢٠٣٠ وللعمل على خصخصة القطاع فإن من الضروري تبسيط الإجراءات الإدارية وتيسيرها في وجه المواطن والمستثمر على حد سواء؛ مما سـينعكس إيجاباً في مصلحة الاقتصاد الوطني، وسيسـهم في تنويع مصادر الدخل والمعاملات الاقتصادية.

٦- ضرورة اسـتقلالية المجلس الصحي السـعودي وربطه تنظيمياً برئيس مجلس الشـؤون الاقتصاديـة والتنمية وتفعيل دوره ليكون جهـة مركزية موحدة للقطاع الصحي، تتولى مهمات وضع التنظيمات وإقرار الخطط والسياسـة الصحية ومراجعتها وتقويمها بصفة دورية بما يضمن التنسـيق والتكامل بين الجهـات الصحية المختلفة في المملكة؛ لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بطريقة ميسرة ومأمونة.

٣/٥ الدراسات المستقبلية المقترحة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسـة من نتائج وتوصيات، يقترح الباحثان بعض الدراسـات المستقبلية في معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، منها على سبيل المثال:

- تأثير العوامل التشريعية والقانونية على معالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.
- فعالية قياس أداء الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.
- العوامل المؤثرة على تطبيق اللامركزية الإدارية في الأجهزة الصحية الحكومية.
- معوقات تنسيق وتكامل تقديم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.
- أثـر تطبيـق الملف الصحي الموحـد على جودة الخدمـات الصحية في المملكـة العربية السعودية.

المراجع

المراجع العربية:

- أبو علام، رجاء محمود (٢٠٠٤) «مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية»، دار النشر للجامعات، جمهورية مصر العربية.
- إستراتيجية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية: الخطة الإستراتيجية ١٤٣١-١٤٤٠هـ وزارة الصحة.
- إستراتيجية الرعاية الصحية في المملكة العربية السعودية، ١٤٣٢هـ وزارة الصحة.
- الأحمدي، طلال بن عايد (١٤٣٥) «إدارة الرعاية الصحية»، الطبعة الثانية، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الأحمدي، طلال بن عايد (١٤٣٣) «التنظيم في المنظمات الصحية»، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الأرياني، محمد فضل (١٩٩٩) «تفعيل الدور الرقابي لضمان شفافية النظام الإداري والمالي للجهاز الحكومي في اليمن، جامعة صنعاء: مجلة كلية التجارة والاقتصاد، العددان الحادي عشر والثاني عشر، سبتمبر ٩٨، مارس ٩٩.
- الأكلبي، عايض بن شافي (٢٠٠٣) «العوامل المؤثرة على نطاق الإشراف الإداري في الأجهزة الأمنية: دراسة تطبيقية على العاملين المدنيين برئاسة الحرس الوطني السعودي»، رسالة ماجستير: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- البكري، نور حسين (١٩٩٨) «كفاءة وفاعلية الهياكل التنظيمية ومدى ملاءمته لصيغ الممارسات الفعلية»، المؤتمر الوطني للإصلاح والتطوير الإداري والمالي، المركز الوطني للمعلومات، جمهورية اليمن.
- البواردي، سعد، المقرن عبد الله (٢٠١١) «رضا المستفيدين عن خدمات المستشفيات التابعة لوزارة الصحة في المملكة العربية السعودية»، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- البيشي، محمد بن ناصر (٢٠٠١) «الأجهزة الإدارية المركزية في المملكة العربية السعودية

مع بداية القرن الجديد وسـبل تطويرها»، الريـاض: مجلة الإدارة العامة، المجلد الواحد والأربعون، العدد الثالث.

- الثقفـي، أحمـد عبد الحميد (١٤١٨) «أثر تعدد الرقابة على الأجهزة الحكومية: دراسـة تحليلية»، جامعة الملك عبد العزيز (رسالة ماجستير).

- الجبوري، حسين محمد (١٤٣٣) «منهجية البحث العلمي: مدخل لبناء المهارات البحثية»، مؤسسة دار الصادق الثقافية، الحلة، جمهورية العراق.

- الحبشـان، خالد (١٤٣٧) «تحديث الأنظمة الصحيـة ودورها في تعزيز النزاهة ومكافحة الفسـاد» (ورقـة عمل)، ندوة دور القطـاع الصحي في تعزيز النزاهة ومكافحة الفسـاد بالتعاون مع المجلس الصحي السعودي ١٤٣٧/٤/٢٨هـ الرياض.

- الحـربي، نايف بن صنت (١٤١٩) «إدارات الحاسـب الآلي بالأجهزة الحكومية في المملكة العربية السـعودية: المعوقات والحلول»، رسـالة ماجستير، كلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود.

- الرشـيدي، علي بن ضبيان (١٤٣٥) «أهمية التكامل والتنسيق بين أجهزة المرور والجهات ذات العلاقة بالعمل المروري»، ورقة عمل مقدمة لحلقة علمية بعنوان التجارب الحديثة في تخطيط الطرق، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

- السـبيعي، فهد سـعد (٢٠٠٣) «مدى علاقة التنظيم الإداري بكفاءة أداء الأجهزة الأمنية: دراسة تطبيقية على المديرية العامة للجوازات بالرياض»، رسالة ماجستير: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

- السعيد، إبراهيم بن حمد (٢٠١٧) «واقع التنسيق بين المجالس المحلية والمجالس البلدية وسـبل تعزيزه من وجهة نظر أعضائها»، رسالة ماجسـتير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية العلوم الإدارية.

- الشريف، عبده نعمان (٢٠٠٤) «دور نظم المعلومات في إدارة المؤسسات الحكومية حالة وزارة التربية والتعليم في الجمهورية اليمنية»، رسالة ماجستير: جامعة الجزائر.

- الشـقاوي، عبدالرحمن بن عبداللـه (١٤٢٣) «نحو أداء أفضـل في القطاع الحكومي في المملكة العربية السعودية، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ:

محــور الشراكة بين القطاعين العام والخــاص»، وزارة التخطيط، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- الشــقاوي، عبد الرحمن بن عبدالله (٢٠٠٢) «الترهــل والازدواجية يعوقان أداء الأجهزة الحكوميــة»، نــدوة بعنوان «الرؤيــة المســتقبلية للاقتصاد الســعودي»، وزارة الاقتصاد والتخطيط، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الشــيحة، عدنان (٢٠٠٤) «دور الحكومة الإلكترونية في رفع كفاءة الإدارة المحلية وتفعيل المشاركة الشعبية في ظل التنظيمات البيروقراطية في الدول النامية: الفرص والتحديات»، ندوة التجارة الإلكترونية، جامعة الملك خالد بأبها
- الطراونة، تحسين أحمد (١٩٩٥) «التنسيق في الدوائر الحكومية في محافظة الكرك: دراسة ميدانية»، مؤتة للبحوث والدراسات، ٦:١٠، ٨٥-١٢١.
- العامــري، مالــك (٢٠٠٥) «التنظيــم وتصنيف الوظائف كاســتراتيجية للإصلاح والتطوير الإداري: دراسة ميدانية على وحدات الخدمة المدنية في سلطنة عمان»، رسالة ماجستير، جامعة آل البيت، الأردن.
- العبد الجادر، عبدالله فهد (٢٠٠٨) «تشابك الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية الأسباب والحلول»، جريدة النهار، عدد ٣٦١، دولة الكويت.
- العتيبي، عائض سعدون السويقي (٢٠٠٨) «موقف القيادات الإدارية من تفويض السلطة وأثره على إنجاز الأعمال»، (رســالة ماجســتير غير منشــورة)، جامعة الملك عبد العزيز، الرياض، السعودية.
- العســاف، صالــح (١٩٩٥) «المدخل إلى البحــث في العلوم الســلوكية»، الرياض: مكتبة العبيكان.
- العكش، عبدالله (٢٠٠٣) «الإصلاح الإداري في الأردن دراســة اســتطلاعية من وجهة نظر العاملين في الجهاز الحكومي»، مجلة جامعة دمشق - المجلد ١٩- العدد الثاني.
- العــواوده، عاطــف (٢٠١٤) «العوامل التنظيمية المؤثرة في التفويــض الإداري: تصورات الموظفــين (المديرين) في مراكز الوزارات الأردنية"، دراســات العلوم الإدارية، المجلّد ٤١، العدد١.

- العودة، سـامي (١٩٩٩) «إسـهام وحدات التطوير الإداري في المؤسسـات العامة: دراسة استطلاعية»، رسالة ماجسـتير غير منشورة، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة الملك سعود.
- الغنام، فهد بن محمد (٢٠١١) «مدى فاعلية الأساليب الحديثة في مكافحة الفساد الإداري مـن وجهة نظـر أعضاء مجلس الشـورى في المملكة العربية السـعودية»، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، رسالة ماجستير.
- القحطاني، محمد بن مسـعود (١٤٣٤) «الإصلاح الإداري ودوره في تطوير المملكة العربية السعودية»، الطبعة الأولى، مكتبة الملك فهد الوطنية.
- القحطاني، سـالم وآخرون (٢٠٠٠) «منهج البحث في العلوم السـلوكية»، الرياض، المطابع الوطنية الحديثة.
- القطنـاني، خالـد محمود (٢٠٠٤) «أثر خصائص البيئة التقنيـة وتكنولوجيا المعلومات في مخاطر الرقابة التشغيلية دراسة تحليلية في المصارف الأردنية»، جامعة آل البيت، الأردن.
- الفرا، ماجد محمد عبد السلام واللوح، نبيل عبد شعبان (٢٠٠٧) «تطور الهياكل التنظيمية للوزارات الفلسطينية في قطاع غزة وأثره على الكفاءة الإدارية»، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسـلة الدراسات الإنسانية) المجلد الخامس عشر، العدد الثاني، ص٤٦١ -٥٠٦، //:http /www.iugaza.edu.ps/ara/research
- الكبيسي، عامر خضير (٢٠١٣) «سبل التعاون والتنسيق بين القطاعات الحكومية والأهلية: لماذا وكيـف»، الندوة العلمية عن سـبل التعاون بين الأجهـزة الحكومية، جامعة نايف العربية للعلوم جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الكبيـسي، محمد بـن علي (٢٠١٣) «التداخـل والازدواجية والأجهـزة الحكومية»، بوابة الشرق، قطر http://www.al-sharq.com/news/details/180861
- الكحلـوت، بشـير يوسـف (٢٠١٦) «نحـو تغـيرات جوهريـة في سياسـة الخدمـات الحكومية»، الشرق القطريـة..http://www.al-sharq.com/news/details/400380# VtJ9WPl95D8
- الكليبي، صالح (٢٠٠٠)، «تفويض السلطة الإدارية في الأجهزة الحكومية في اليمن - دراسة ميدانية»، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان.

- اللجنة الوزارية للتنظيم الإداري في المملكة العربية السـعودية، «الخطة التنفيذية العامة للدراسات الميدانية لمشروع التنظيم الإداري للأجهزة الحكومية». الأمانة العامة، الرياض (١٤٢١-١٤٢٤هـ/٢٠٠٠-٢٠٠٣م).
- المسـعودي، سـميرة مطر (٢٠١٠) «معوقـات تطبيق الإدارة الإلكترونيـة في إدارة الموارد البشريـة بالقطاع الصحي الخاص بمدينة مكة المكرمة مـن وجهة نظر مديري وموظفي الموارد البشرية»، الجامعة الافتراضية الدولية (المملكة المتحدة).
- المطـوع، أحمد (٢٠٠٣) «دور تفويض السـلطة في تحقيق أهداف التنظيم .جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية»، رسالة ماجستير غير منشورة.
- المطـيري، ثامر بن ملوح (٢٠٠٢)«إعادة هيكلة القطاع العام ودورها في تحسـين الأداء» ، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي، وزارة التخطيط، الرياض.
- المقرن، سـطام (٢٠١١) نحو مؤشرات وطنية لقيـاس الأداء الحكومي، الوطن الإلكترونية http://www.alwatan.com.sa/Articles/Detail.aspx?ArticleID=5197
- الملحم، إبراهيم (٢٠٠٠) «التنظيم وإعادة التنظيم الإداري في الجهاز الحكومي: الأسـس والمبادئ والأهداف»، المجلة العربية للإدارة، المجلد العشرون، العدد الأول، ص٨
- النظاري، محمد عبد الرحمن (٢٠٠٠) «اتخاذ القرارات لدى القادة الإداريين في الجمهورية اليمنية: مدى فاعليتها والعوامل المؤثرة فيها»، رسالة دكتوراه: جامعة الخرطوم.
- اليامي، مانع (٢٠١٤) «استقلالية مجلس الخدمات الصحية»، صحيفة مكة المكرمة.
- http://makkahnewspaper.com/article/35371/Makkah/%D985%%D8%A7%D986%%D8%B9-%D8%A7%D984%%D98%A%D8%A7%D985%%D98%A--
- آل زاهر، علي (١٩٩٥) سياسة التطوير الإداري بالمملكة العربية السعودية: دراسة تحليلية من خلال المداخل الرئيسـية للتنمية الإدارية، رسالة ماجسـتير غير منشورة، مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبدالعزيز، جدة، المملكة العربية السعودية.
- بجاد، بدر (٢٠١٣) إعداد الدليل التنظيمي الأول للاختصاصات منذ ٢٠ عاماً في "التربية"، الأنباء، الكويت.

- بدوي، إبراهيم (٢٠١٢)، ازدواجية الإدارات ســبب عذاب المراجعين معاملة واحدة تحتاج مراجعة ٣ وزارات، قطر-جريدة الراية-
- بشــناق، باسم (٢٠٠١) «تقرير حول الرقابة المالية على الأجهزة الحكومية في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية» هيئة الرقابة العامة -الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن، رام الله.
- بصنوي، محمد و يونس، هشــام (١٤٣٥) «المرجع الحديث في الهندســة الإدارية»، مكتبة الملك فهد، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- بكري، طلال بن حسن (١٤٣٤) شوريون: الجهات الحكومية لا تتجاوب مع أجهزة الرقابة لأنها فك بلا أسنان، جريدة الرياض.
- بن علي، عبدالعزيــز (١٤٣١) «التداخل في الاختصاصات يعيق الإنجاز»، جريدة الجزيرة، عدد (١٣٧١٣).
- تريفيدي، براجاباتي (٢٠٠٢) «نحو الأداء الأفضل: رؤية لتحسين كفاءة القطاع العام في المملكة العربية السعودية»، ندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي، وزارة التخطيط، الرياض.
- جابــر، محمــد ســعيد (٢٠١٠) «تداخل اختصاصــات الأجهزة الرقابية وأثــره على الأداء الوظيفي في وزارة الإعمار والإســكان العراقية: دراسة ميدانية من وجهة نظر العاملين»، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، إربد- الأردن.
- حــماد، أكرم إبراهيم (٢٠٠٣) تقويــم منهج الرقابة المالية في القطاع الحكومي: دراســة مقارنة، رسالة دكتوراه، جامعة الجزيرة، السودان.
- حماد، أكرم إبراهيم (٢٠٠٥) «تقويم أداء الإدارات المالية في مؤسسات السلطة الفلسطينية: بحــث تطبيقي على عدد من الوزارات الحكوميــة في قطاع غزة»، بحث مقدم الى المؤتمر العلمي الأول (الاستثمار والتمويل في فلسطين)، غزة، فلسطين.
- حميدشــة، نبيلة (٢٠١٢) «المقابلة في البحث الاجتماعي»، مجلة العلوم الإنسانية، العدد الثامن. ص ٩٦-١٠٩.
- دقامســة، مأمــون (٢٠٠٠) «التغيير التنظيمي: دراســة ميدانيــة لاتجاهات المديرين في الإدارات الحكومية في الأردن»، الإداري، عدد ٨٨، ص ٧٩-١١٥.

- ذوقــان، عبيدات وعدس، عبدالرحمن و عبدالحق، كايد (٢٠٠١) البحث العلمي مفهومه أدواته، وأساليبه، إشراقات للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- رضــوان، مســعد (٢٠١٢) «تطوير الخدمات الحكومية» ورشــة عمل، شــبكة المســاءلة الاجتماعية بالعالم العربي (ANSA-AW)، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- ســعيد، أمين (١٩٩٨) «تفويض الســلطة وتبســيط الإجراءات الواقع وأساليب تطويره في الوزارات اليمنية: دراسة قدمت إلى مؤتمر الجمعية اليمنية للإدارة»، اليمن.
- عامر، هداية مرشــد (٢٠٠٥) الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشــفيات دراســة دافعية واقعية في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير.
- عبدالرحمــن، طارق عطية (١٤٣٨) "إدارة المعرفة كمدخــل لتعزيز الإبداع التنظيمي في الأجهزة الحكومية المركزية في المملكة العربية السعودية: دراسة ميدانية»، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- فــان دالين، ديو بولــد (٢٠٠٧)، «مناهج البحث في التربية وعلم النفس»، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كايد، عزيز (١٩٩٩) تداخل الصلاحيات في مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن.
- كلاب، سعيد يوسف (٢٠٠٤) «واقع الرقابة الداخلية في القطاع الحكومي: دراسة ميدانية على وزارات الســلطة الوطنية الفلســطينية في قطاع غزة»، رســالة ماجســتير، الجامعة الإسلامية، غزة
- لعريبــي، محمــد (٢٠١٣) «أثــر تكنولوجيا المعلومــات والاتصال على البنــاء التنظيمي للمؤسســات: حالة المؤسسات الجزائرية»، أطروحة ماجســتير، جامعة ابراهيم سلطان، الجزائر.
- محمــد، موفق حديد (٢٠٠٧) «الإدارة العامة: هيكلة الأجهزة وصنع السياســات وتنفيذ البرامج الحكومية»، دار الشروق للنشر والتوزيع (الطبعة الأولى)، عمان، الأردن.
- محمــد، موفق حديــد (٢٠٠٢) «إدارة الأعمال الحكوميــة»، دار المناهج للنشر والتوزيع (الطبعة الأولى)، عمان، الأردن.

- مخيمــر، عبدالعزيــز جميل (٢٠٠٤) واقع الهيــاكل التنظيمية في الوطــن العربي وآليات التطويــر والتغيير «خلاصة الممارســات والتجــارب العملية في الــدول العربية»، المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- مخيمر، عبدالعزيز جميل والطعامنه، محمد محمود (٢٠١٤) الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيق)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- ملــكاوي، عصام فاعور (٢٠١٣) «التخطيط الاســتراتيجي كمؤشر لقيــاس الأداء الأمني»، حلقة قياس الأداء في العمل الأمني، الرياض.
- نظام المجلــس الصحــي الســعودي [http://www.chs.gov.sa/Ar/Council/Pages/VisionAndMission.aspx]
- نصــيرات، فريــد توفيق (٢٠٠٨) «إدارة منظــمات الرعاية الصحيــة»، الطبعة الأولى، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- نعيرات، مجدولين عبد الله (٢٠٠٦) «التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية في مستشفى جنين»، (دراسة ماجستير غير منشورة)، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
- وثيقة برنامج التحول الوطني ٢٠٢٠.

المراجع الأجنبية:

- Algehani, Hind Hamed (2009) An Empirical Study on Civil Status Administration in Jeddah Field Study on Civil Status Administration in Jeddah, Master Thesis
- Bryman, A. and Bell, E. (2003) Business Research Methods, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Bryman, Alan (2004) "Social Research Methods" (2nd ed), Oxford: Oxford University Press Inc.
- Collis, Jill and Hussey, Roger (2003) "Business research: A practical guide for undergraduate and postgraduate students" (2nd ed), Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- Cook, Catherine L. (2003) "Jurisdiction and First Nations Health and Health Care", Master thesis, University of Manitoba, Canada.

- Cresswell J.W.)1994(“Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches”, Thousand Oaks; Sage Publications.

- Darlington, Yvonne and Scott, Dorothy (2002) “Qualitative research in practice: Stories from the field”, Maidenhead: Open University Press.

- Dorn, Barry C.; Savoia, Elena; Testa, Marcia A.; Stoto, Michael A.; Marcus, Leonard J. (2007) Development of a Survey Instrument to Measure Connectivity to Evaluate National Public Health Preparedness and Response Performance, Public Health Rep. 122(3): 329–338.

- Gibson, James L.& Ivanovich, John and Donnely, James Jr. (1994),. Organization: Behaviour and Processes, IRWIN, Boston, Massachusetts, U.S.A, pp 5-6.

- Goh, Swee Chua; Elliott, Catherine and Richards, Gre (2004) Performance management in Canadian public organizations: findings of a multi-case study, International Journal of Productivity and Performance Management, V64(2).

- Henry Maddik (2001) “Democracy, Decentralization Development» London.

- Hickson, Mary (2005) “Research Handbook for Health Care Professionals”, Blackwell Publishing, Oxford, U.K.

- Hossain; A.N.M. Zakir and Hasan;Raqibul (2015) City Government in Bangladesh: An Alternative Approach to Bring Efficiency & Effectiveness in Urban Governance, Journal of Studies in Social Sciences ,Volume 12, Number 2, Mymensingh, Bangladesh.

- Kaiser, Frederick M.(2011) Interagency Collaborative Arrangements and Activities: Types, Rationales, Considerations, Congressional Research Service

- Korte, Gregory (2014) “A new government report on duplication and fragmentation in federal programs can read like a book of “screw-in-a-light-bulb” jokes”, USA Today, Washington. [http://www.usatoday.com/story/news/politics/2014/04/08/billions-spent-on-duplicate-federal-programs/7435221/]

- Mahakanjana, Chandranu, (2004) «Municipal government, social capital, and decentralization in Thailand» Northern Illinois University, United States، Illinois. http://proquest.umi.com/pqdweb?did=766022431&sid=2&Fmt=2&clientId=85908&RQT=309&VName=PQD

- Ozcan, Yasar A. (2005) "Quantitative Methods in Health Care Management: Techniques and Applications", John Wiley & Sons, San Francisco: CA

- Parker, L. E. and Price, R. H. 2004. Empowered Managers and Empowered Workers: The Effects of Managerial Support and Managerial Perceived Control on Worker's Sense of Control over Decision Making. Human Relations. 47: 911- 297.

- Salim, Wilmar, (2009) "Policy making and implementation in a decentralizing Indonesia: Poverty reduction strategy from ‹above› and ‹below›» University of Hawai›i at Manoa , United States – Hawaii, http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1852711771&sid=2&Fmt=2&clientId=85908&RQT=309&VName=PQD.

- Sesah, esmel (2012) Regional administrative decentralization in Iraq - a study in overlapping jurisdiction and control, Risalat al-huquq Journal, Kerbala University, Iraq.

- Swee Chua Goh, Catherine Elliott, Greg Richards (2015) «Performance management in Canadian public organizations: findings of a multi-case study», International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 64 Iss: 2, pp.157 – 174.

- Urwick, L (1965) «The Elements of Administration», London, pit mans and son.

- Vance, David E. (2012) Regulation reform, The Independent Review, P.271.

- Vest, Joshua R. and Issel, L. Michele (2014) Factors Related to Public Health Data Sharing between Local and State Health Departments, Health Services Reseach, Volume 49, Issue 1pt2 P.373–391.



الملاحق

استبانة

«سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية»

عزيزي المستجيب/ المستجيبة المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد:

بناءً على قرار معالي مدير عام معهد الإدارة العامة رقم (٦٥٢٤) وتاريخ ١٤٣٦/٨/١٧هـ القاضي بتشكيل فريق بحثي من معهد الإدارة العامة لدراسة "سبل التعامل مع التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، وذلك ضمن موضوعات تحديد القضايا والمشكلات الإدارية في القطاع الحكومي.

ونظرًا لأهمية جانبي التنظيم الإداري والتطور التقني في معالجة التداخل في الاختصاصات، فقد قام فريق البحث بإعداد استبانة خاصة بذلك، بهدف الاستعانة بما لديكم من معلومات وملاحظات ومرئيات لتوظيفها في البحث. لذا يرجى تعبئة هذه الاستبانة ووضعها في المظروف المرفق، وإعادتها إلى فريق البحث أو إرسالها إلى إدارة العلاقات العامة لديكم، في موعد أقصاه اسبوع من تاريخ استلامها. علماً بأن ما تقدمه من معلومات سيستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وإذا كان لديكم أي استفسار حول الاستبانة يرجى الاتصال هاتفيًا بالدكتور/ فؤاد بن عبدالعزيز المبارك على الهاتف ٤٧٤٥٣٧١ جوال ٠٥٠٥٢٨٢٣٥٨ أو البريد الإلكتروني Almobarakf@ipa.edu.sa .

شاكرين ومقدرين تعاونكم معنا سلفا.

وتقبلوا خالص تحياتنا،

منسق فريق البحث

إرشادات للإجابة على الاستبانة

مع فائق التحية والتقدير، يرجى التالي:

١- قراءة العبارات الواردة في الاستبانة بتأنٍ وروية.

٢- وضع علامة (√) في المربع الذي يعبر عن رأيك الشخصي.

٣- كتابة الإجابات الأخرى في الفراغات المخصصة لها.

٤- الإجابة عن جميع الأسئلة الواردة في الاستبانة.

٥- اختيار مستوى واحد فقط من مستويات الموافقة، وهي:

م	العبارة		موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
١							

	تعريف المصطلحات	
١	الجهاز	الجهة التي تعمل بها سواء كانت وزارة أو هيئة أو غيرهما.
٢	الوحدة الإدارية	تعني الوكالة، أو الإدارة العامة، أو الإدارة، أو الفرع (في التنظيم الإداري الحالي).
٣	الهدف	هو الغاية التي أنشئ من أجلها الجهاز، وتتحقق عن طريق ممارسة بعض النشاطات.
٤	الاختصاصات	هي مجموعة الصلاحيات التي تقوم بها الوحدة التنظيمية دون غيرها والتي حددها قانون استحداث أو تأسيس الجهاز الحكومي.
٥	المهام	هي النشاطات والأعمال التي تمارسها الوحدة الإدارية لتحقيق الغاية من وجودها.
٦	الارتباط التنظيمي	يعني الوحدة الإدارية الأعلى للوحدة التي تشرف عليها.

٧	الدليل التنظيمي	آلية مبسطة توضح كيفية توزيع وتحديد المهام والاختصاصات ونطاق الإشراف.
٨	الخدمات الصحية	ويقصد بها جميع الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية المقدمة لأفراد المجتمع.
٩	المركزية	ويقصد به تركيز السلطة الإدارية في شخص أو وحدة إدارية واحدة داخل المنظمة.

أولاً: الخصائص الشخصية

العمر: ☐ أقل من ٣٠ سنة ☐ من ٣٠- أقل من ٤٠ سنة ☐ من ٤٠- أقل من ٥٠ سنة

☐ من ٥٠- أقل من ٦٠ سنة ☐ ٦٠ سنة فأكثر

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

المؤهل العلمي: ☐ دراسات عليا ☐ بكالوريوس ☐ دبلوم بعد الثانوي

☐ ثانوية وأقل

ثانياً: الخصائص الوظيفية

اسم الجهاز الحكومي: ....

الوحدة الإدارية: ....

مسمى الوظيفة المعين عليها: ....

مسمى الوظيفة المكلف بها: ....

المرتبة الوظيفية: ....

التخصص: ☐ إداري ☐ طبي ☐ فني ☐ غير ذلك (اذكره: ....).

سنوات الخبرة: ☐ أقل من ٥ سنوات ☐ ٥- أقل من ١٠ سنوات ☐ ١٠- أقل من ١٥ سنة

☐ ١٥- أقل من٢٠ سنة ☐ ٢٠ سنة فأكثر

نطاق الإشراف (عدد الموظفين الذين تشرف عليهم):

☐ أقل من ١٠ موظفين ☐ من ١٠-١٥ موظفاً ☐ من ١٦-٢٠ موظفاً

☐ أكثر من ٢٠ موظفاً

ثالثاً: أبعاد وعبارات الاستبانة

أ- العوامل التنظيمية

أ/١ الهيكل التنظيمي:

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
	أ- يتصف الهيكل التنظيمي في الجهاز الذي أعمل به بما يلي:					
١	المركزية					
٢	عدم وضوح الاتصالات الإدارية من أعلى إلى أسفل					
٣	كثرة المستويات الإدارية					
٤	اتساع نطاق الإشراف لدى مديري الوحدات التنظيمية					
٥	عدم التكيف والتناغم مع التغييرات الداخلية					
٦	عدم التكيف والتناغم مع التغييرات الخارجية					
٧	عدم مراعاة تصميمه للطبيعة الطارئة للقطاع الصحي					
٨	عدم المرونة تجاه التغيرات التقنية المتطورة					
٩	عدم توافقه مع التقنية الموجودة في بيئة العمل					
١٠	جموده وعدم تطويره					
١١	عدم شموله للوظائف التي تغطي كل مهام الجهاز					
١٢	وجود أكثر من مسئول أرفع له تقارير العمل					
١٣	عدم تحديده لخطوط السلطة وانسيابها بين الوظائف وبين الوحـدات الإدارية المختلفة					

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
١٤	ازدواج خطوط السلطة					
١٥	تعدد مصادر إصدار الأوامر والتعليمات					
١٦	عدم توضيح الوحدات الإدارية التي يتكون منها الجهاز					
١٧	صعوبة إحداث تعديل عليه					
١٨	حاجته إلى تعديل لزيادة السرعة في أداء العمل					
١٩	عدم توافق التعديل عليه مع التغير في استراتيجية الجهاز					
٢٠	عدم الفصل بين الاختصاصات					
٢١	عدم توفيره للمعلومات الضرورية للتنسيق بين الوحدات الإدارية والفنية والطبية المختلفة					

أ/٢ الدليل التنظيمي:

هل يوجد دليل تنظيمي يوضح اختصاصات الجهاز الذي تعمل به؟

نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة ب «لا»، انتقل للفقرة (أ/٣). أما إذا كانت الإجابة ب «نعم»، فأجب عما يلي:

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
	يتصف الدليل التنظيمي في الجهاز الذي أعمل به بما يلي:					
١	مساعدة العاملين على إنجاز المهام عند تحديثه بشكل دوري					
٢	أخذه في الاعتبار طبيعة العمل المهنية والاحترافية لبعض فئات العاملين في المرفق الصحي					

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة	العبارات	م
					وضوح المهام	٣
					تيسير العمل الروتيني دون الرجوع للمسئول الأعلى	٤
					توضيح الصلاحيات الوظيفية داخل الجهاز	٥
					تعقيد العمل عند إجراء تعديلات عليه	٦
					تحديده لمسئوليات وصلاحيات كل وحدة إدارية	٧
					تيسير عملية التنسيق بين الوحدات المختلفة لإنجاز الأعمال	٨
					مساعدته الموظفين في التعرف على اختصاصات وحداتهم التنظيمية	٩
					مساعدته الموظفين في التعرف على مهام الوظائف التي يشغلونها والوحدات الأخرى التي يتعاملون معها	١٠
					اعتباره مرجعا نظامياً يحتكم إليه عند التداخل في المهام والمسؤوليات	١١

أ/٣ دليل الصلاحيات:

غير موافق بشدة	غير موافق	موافق إلى حد ما	موافق	موافق بشدة	العبارات	م
					يتطلب تصميم اختصاصات الأجهزة الصحية الحكومية دقة بالغة	١
					يتطلب تصميم إجراءات الأجهزة الصحية الحكومية دقة بالغة	٢
					يوجد تحديد لاختصاصات الوحدات التنظيمية في الجهاز الذي أعمل به	٣
					يوجد وحدات تمارس نفس الأنشطة والمهام داخل الجهاز	٤
					يوجد تداخل في الاختصاصات بين الجهاز الذي أعمل به وأجهزة حكومية أخرى	٥
					تتسم الأنظمة واللوائح الخاصة بصلاحيات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بالوضوح	٦

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
٧	يوجد عدم وضوح في اختصاصات الأجهزة الأخرى المقدمة للخدمات الصحية					
٨	يوجد تنسيق بين الأجهزة الأخرى المقدمة للخدمات الصحية					

أ/٤ الوظائف التنظيمية:

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
	تمارس الوظائف التنظيمية في الجهاز الذي أعمل به بصورة فعّالة من خلال:					
١	تحديد مهام الأفراد من خلال الوصف الوظيفي					
٢	صياغة أنظمة ولوائح تنفيذية داخلية تتسم بالمرونة والتفاعل والوضوح					
٣	صياغة السياسات العامة بوضوح					
٤	صياغة السياسات التشغيلية بوضوح					
٥	تحليل العمليات					
٦	صياغة الإجراءات					
٧	التخصص وتقسيم العمل					
٨	التنسيق الإداري والفني					
٩	تفويض الصلاحيات					
١٠	تصميم النماذج					
١١	تطبيق منهج الإدارة بالأزمات					
١٢	تفعيل نظم المتابعة التي تضمن مثالية استخدام الموارد					
١٣	تفعيل نظم الرقابة					

ب- العوامل التقنية

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق إلى حد ما	غير موافق	غير موافق بشدة
١	تستخدم التقنية بشكل جيد في الجهاز الذي أعمل به					
٢	تساعد التقنية في تنسيق العمل بين الجهاز الذي أعمل به والأجهزة الصحية الحكومية الأخرى					
٣	تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على سرعة اتخاذ القرار					
٤	يقلل استخدام التقنية المتطورة من المستويات الإدارية في الجهاز الذي أعمل به					
٥	تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على تبسيط إجراءات العمل					
٦	تساعد التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به على الحد من التكاليف المالية					
٧	تقلل التقنية الموجودة في الجهاز الذي أعمل به من تعقيدات الهيكل التنظيمي					

رابعاً: سبل معالجة التداخل في الاختصاصات

فيما يلي بعض السبل التي من الممكن استخدامها لمعالجة التداخل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية. الرجاء وضع علامة (√) على النقاط التي ترى أهميتها:

م	العبارة	
١	إعادة هيكلة القطاع الصحي بشكل عام	
٢	إعادة صياغة الأنظمة واللوائح	
٣	تطوير الأنظمة واللوائح القائمة	
٤	إعادة صياغة صلاحيات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	

٥	التحديد الدقيق لمهام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	
٦	تعريف الموظفين باختصاصات الجهاز	
٧	تحديد الاختصاصات المتداخلة بصورة مبسطة وواضحة	
٨	إنشاء هيئة متخصصة تتولى مهمة الفصل في اختصاصات الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	
٩	تحديث الدليل التنظيمي	
١٠	تحديث الصلاحيات والاختصاصات وفقاً لتحديث الهيكل التنظيمي	
١١	تفعيل التنسيق بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية عند تنفيذ أنشطتها	
١٢	تفعيل استخدام التقنية الحديثة في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية	
١٣	تطبيق الملف الصحي الموحد	
١٤	تطبيق الحكومة الإلكترونية	
١٥	صياغة أهداف الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في شكل نتائج محددة قابلة للقياس الكمي	
١٦	توحيد مقاييس الأداء بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بحسب طبيعة العمل (طبي، فني، إداري)	
١٧	مراعاة تنوع طبيعة العمل في الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية (طبي، فني، إداري)	
١٨	تبني الضوابط الخاصة بالشفافية وإلزام الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية بتطبيقها	
١٩	توحيد الإجراءات الخاصة بالعمل	
٢٠	تبسيط إجراءات العمل	
٢١	أخرى (اذكرها):	

هل لديك الاستعداد للمشاركة في مقابلة شخصية حول الموضوع:

☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "بنعم"، من فضلك اكتب اسمك ورقم هاتفك حتى نتمكن من الاتصال بك:

الاسم: ....

رقم الهاتف: ....

ما هو الوقت المناسب للاتصال بك: ☐ صباحاً ☐ مساءً

كما بإمكانك التواصل معنا مباشرة على الهاتف المباشر ٠١١-٤٧٤٠٠٠٠

أو الجوال ٠٥٠٥٠٠٠٠٠٠

شكراً جزيلاً على وقتك وعلى استجابتك معنا.

الباحثان في سطور

١- د. فؤاد بن عبد العزيز مبارك المبارك

المؤهل العلمي:

دكتوراه الفلسفة في الإدارة "نظم التأمين الصحي"، ٢٠١٠م، كلية الإدارة والأعمال، جامعة هال، المملكة المتحدة.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ الإدارة الصحية المساعد، قطاع الإدارة الصحية، معهد الإدارة العامة.

الإنتاج العلمي:

- ترجمة كتاب بعنوان " Service Fanatics: How to Build Superior Patient Experience the Cleveland Clinic Way" مع مترجم آخر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ٢٠١٨م.
- المشاركة بورقة علمية بعنوان "تجربة معهد الإدارة العامة في التدريب في التوعية الصحية" في الملتقى الدولي الأول للعلاقات العامة والإعلام والتوعية الصحي، المديرية العامة للشؤون الصحية بمنطقة المدينة المنورة خلال الفترة من ١٨-١٤٣٦/١/٢٠هـ المدينة المنورة.
- بحث بعنوان "رضا المستفيدين عن خدمات التأمين الصحي التعاوني: مدينة الرياض كحالة دراسية"، مارس، ٢٠١٠م.
- مراجعة ترجمة كتاب بعنوان "التحليل الاقتصادي في الرعاية الصحية"، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، ١٤٣٤هـ.
- تحرير ومراجعة علمية لكتاب:

Dwivedi, Ashish (2016) Reshaping Medical Practice and Care with Health Information Systems (Advances in Healthcare Information Systems and Administration) 1st Edition, IGI Global; Hershey PA; USA.

الخبرات العملية:

- مدير قطاع الإدارة الصحية بمعهد الإدارة العامة، ١٤٣٢-١٤٣٤هـ.
- عضو لجنة البحوث بمعهد الإدارة العامة ١٤٣٢-١٤٣٤هـ.
- عضـو الفريـق المكلف بمراجعة وتطوير وإعـادة بناء الهيكل والدليـل التنظيمي لوزارة الصحة ٢٠١٨م، ولهيئة الهلال الأحمر السعودي، ١٤٣٦-١٤٣٧هـ.
- عضو اللجنة الدائمة لقطاع الإدارة الصحية ١٤٣٥هـ وحتى الآن.
- عضـو الأمانة العامـة للتنظيم الوزاري بمشروع اللجنة الوزاريـة للتنظيم الإداري، مكلف بدراسة مشروع إنشاء مركز وطني للطب البديل والتكاملي في المملكة، ٢٠٠٣-٢٠٠٥م.
- مدير خدمات المرضى، مدينة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية، الرياض، ٢٠٠١-٢٠٠٣م.
- مدير خدمات المرضى، مستشفى الحمادي، الرياض، ٢٠٠٠-٢٠٠١م.

٢- أ. عبدالله بن عبدالرحمن بن عبدالعزيز المقرن

المؤهل العلمي:

- ماجستير في الإدارة الصحية – جامعة كيرتن للتكنولوجيا – بيرث – استراليا -٢٠٠٩م.

الوظيفة الحالية:

- مدير قطاع الإدارة الصحية بمعهد الإدارة العامة منذ عام ٢٠١٧م وحتى الآن.
- رئيس اللجنة الدائمة لقطاع الإدارة الصحية بمعهد الإدارة العامة منذ عام ٢٠١٧م وحتى الآن.

الكتب والمشاركات العلمية:

- " إعـداد وتطوير القـادة في القطاع الحكومـي: تجربة معهـد الادارة العامة في المملكة العربية السـعودية " ورقة عمل محكمة في اللقاء الدوري السـابع عشر للمسـئولين في معاهـد الإدارة العامـة والتنمية الإدارية في دول مجلس التعـاون لدول الخليج العربية. (٢٠١٤) مدينة مسقط -سلطنة عمان.
- " قياس رضا المستفيدين عن خدمات مستشفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية باستخدام Servqual". (٢٠١٢م)، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض
- بحث ميداني بعنوان" رضا المسـتفيدين عن خدمات مستشـفيات وزارة الصحة بالمملكة العربية السعودية". (٢٠١١م)، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض.

"Privatization: possible Implications for Saudi Arabia Health Care System". (2009), Perth, WA.

الخبرات العملية:

- مدير إدارة المؤتمرات والندوات بمعهد الإدارة العامة -٢٠١٦م.
- مدير إدارة الحلقات التطبيقية بمركز إعداد وتطوير القيادات الإدارية معهد الإدارة العامة منذ عام ٢٠١٢ وحتى ٢٠١٦م.

- رئيس الفريق الاستشـــاري لمراجعة وتطوير وإعادة بناء الهيكل والدليل التنظيمي لوزارة الصحة ٢٠١٨ - ٢٠١٩.

- عضـــو الفريق الاستشـــاري المكلف بإعداد الهيكل والدليل التنظيمي لرئاســـة أمن الدولة ٢٠١٨م.

- مدير المشروع التطويري الخاص بتطوير مدراء مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة من ٢٠١٧م إلى ٢٠١٨م.

- عضو الفريق الاستشـــاري المكلف بتطوير وإعادة بناء الهيـــكل والدليل التنظيمي لوزارة البيئة والزراعة والمياه ٢٠١٧م.

- عضو الفريق الاستشاري المكلف بدراسة لمراكز التأهيل الشامل بوزارة الشؤون الاجتماعية ٢٠١٥م.

- المشاركة في عضوية العديد من اللجان الدائمة والمؤقتة في معهد الإدارة العامة.

تم التصميم والإخراج الفني والطباعة في
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٤٠هـ

هذه الدراسة:

تهدف إلى التعرف على مدى تأثير العوامل التنظيمية واستخدام التقنية في معالجة تداخل الاختصاصات فيما بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، وأفضل السبل للتعامل مع التداخل في الاختصاصات، وأنماط التداخل في الاختصاصات الأكثر شيوعاً. واستعرضت الدراسة أهم المفاهيم ذات العلاقة بموضوع الدراسة، كما تم رصد تجربة المملكة في التعامل مع التداخل بين الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وسرد لبعض التجارب الدولية الرائدة في معالجة تداخل الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

ولمعرفة أفضل وأشمل، فقد تم استخدام منهجية الطرق المختلطة، بحيث تم الخلط بين مناهج الدراسة الكمية (استبانة) والنوعية (المقابلة الشخصية) في آن واحد. وتوصلت الدراسة إلى أن لاستخدام التقنية أثراً أكبر من العوامل التنظيمية في معالجة التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية، وأن تطبيق الحكومة الإلكترونية وتطبيق الملف الصحي الموحد يعتبران من أفضل السبل التقنية للحد من التداخل في الاختصاصات بين الأجهزة الحكومية المقدمة للخدمات الصحية.

وأوصت الدراسة بإعادة التنظيم للأجهزة العاملة في القطاع الصحي مع تطوير الجوانب التنظيمية فيها، وسرعة تنفيذ نظام الحكومة الإلكترونية. وضرورة استقلالية المجلس الصحي السعودي وربطه تنظيمياً برئيس مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية وتفعيل دوره ليكون جهة مركزية تتولى مهمات وضع التنظيمات وإقرار الخطط والسياسة الصحية ومراجعتها وتقويمها بصفة دورية، بما يضمن التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية المختلفة في المملكة.



تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٤٠هـ